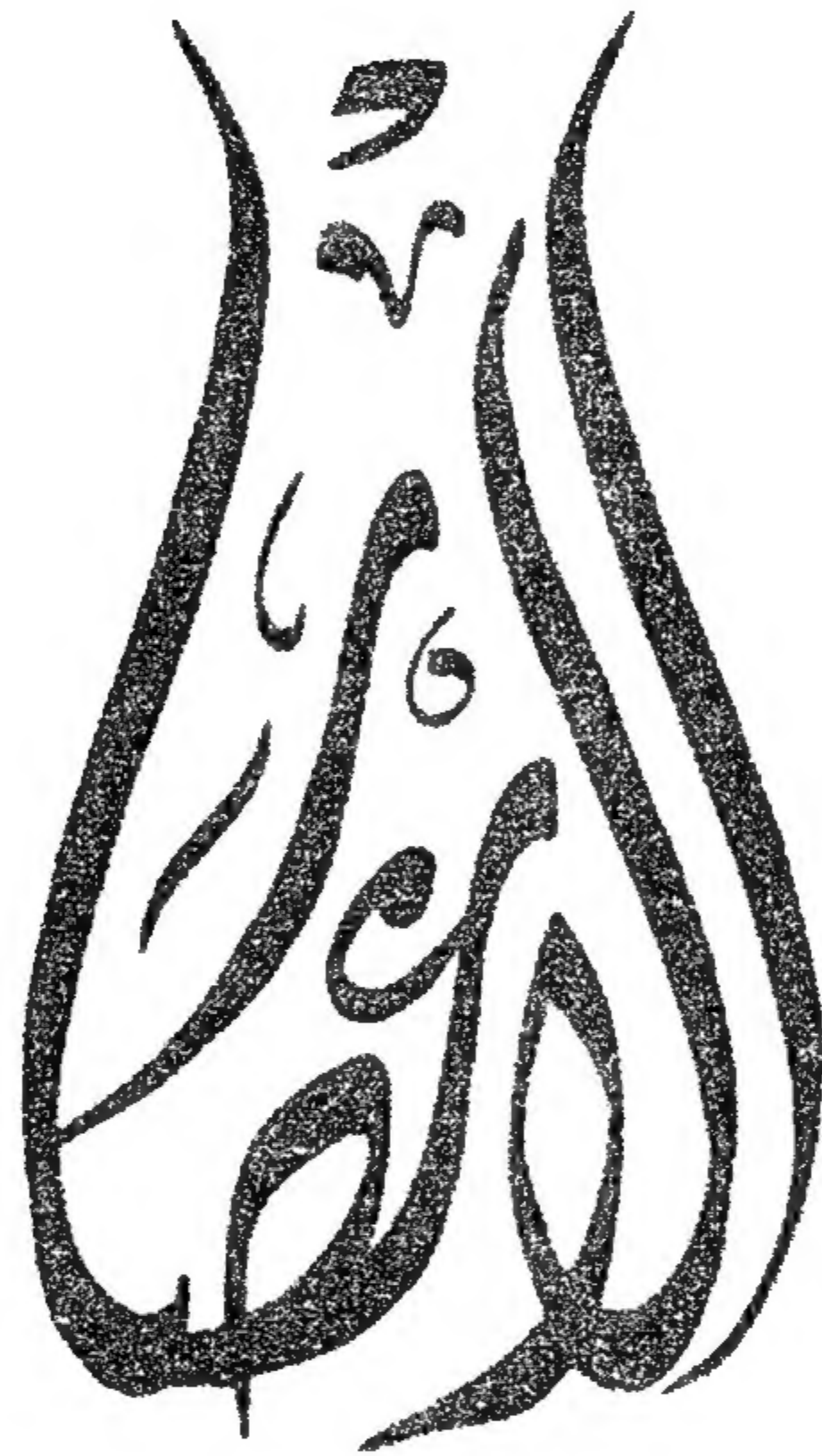


الإرشاد النفسي عبر مراحل العمر

COUNSELING IN STAGES OF LIFE

الأستاذ الدكتور
سامي محمد ملحم
جامعة عمان العربية





للنشر والتوزيع



للنشر والتوزيع

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِن كُنتُمْ فِي رَيْبٍ مِّنَ الْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِّن تُّرَابٍ ثُمَّ مِّن نُّظْفَةٍ
ثُمَّ مِّن عَلَقَةٍ ثُمَّ مِّن مُّضْغَةٍ مُّخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُّخَلَّقَةٍ لِّنُبَيِّنَ لَكُمْ وَنُقَرُّ فِي الْأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَىٰ أَجَلٍ
مُّسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ وَمِنْكُمْ مَّن يُّتَوَفَّىٰ وَمِنْكُمْ مَّن يُّرَدُّ إِلَىٰ أَرْدَلِ
الْعُمُرِ لِكَثِلَاءِ يَّعْلَمَ مَن بَعْدَ عِلْمٍ شَيْئًا وَتَرَى الْأَرْضَ هَامِدَةً فَإِذَا أَنزَلْنَا عَلَيْهَا الْمَاءَ اهْتَزَّتْ
وَرَبَّتْ وَأَنْبَتَتْ مِن كُلِّ زَوْجٍ بَهِيجٍ (5) ذَلِكَ بِأَنَّ اللَّهَ هُوَ الْحَقُّ وَأَنَّهُ يُخَيِّ الْمَوْتَىٰ وَأَنَّهُ عَلَىٰ كُلِّ
شَيْءٍ قَدِيرٌ (6)﴾

صدق الله العظيم

(الحج: 5، 6)

الإرشاد النفسي

عبر مراحل العمر

COUNSELING IN STAGES OF LIFE

الإرشاد النفسي

عبر مراحل العمر

COUNSELING IN STAGES OF LIFE

تأليف

الأستاذ الدكتور

سامي محمد ملحم

جامعة عمان العربية

الطبعة الأولى

2015م - 1436هـ

دار الإحصاء العلمي
للنشر والتوزيع

الله

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2014/2/1040)

158.3

ملحم، سامي محمد

الإرشاد النفسي عبر مراحل العمر / سامي محمد ملحم - عمان: دار الإعصار
العلمي للنشر والتوزيع، 2014

() ص

ر.ا.: 2014/2/1040

الواصفات: / الإرشاد النفسي // علم النفس /

- يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

جميع حقوق الطبع محفوظة

لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو أي جزء منه أو تخزينه في نطاق استعادة المعلومات أو نقله بأي شكل من الأشكال، دون إذن خطي مسبق من الناشر

عمان - الأردن

All rights reserved. No part of this book may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means without prior permission in writing of the publisher.

الطبعة العربية الأولى

2015 م - 1436 هـ



الأردن - عمان - وسط البلد - شارع الملك حسين

مجمع الفحيص التجاري

هاتف: +96264646208 فاكس: +96264646470

الأردن - عمان - مرج الحمام - شارع الكنيسة - مقابل كلية القدس

هاتف: +96265713906 فاكس: +96265713907

جوال: 797896091 - 00962

www.al-esar.com - info@al-esar.com



ISBN 978-9957-586-00-3 (ردمك)

المحتويات

الصفحة

الموضوع

15 تقديم

الوحدة الأولى

النمو الإنساني وأساليب الإرشاد فيه

19 أولاً: المقدمة

19 (1-1) تمهيد

19 (2-1) اهداف الوحدة

19 ثانياً: النمو الانساني والعوامل المؤثرة فيه

22 (1-2) العوامل المؤثرة في النمو

28 (2-2) نظريات تفسير النمو

32 (3-2) دورة حياة الانسان (من الخلق حتى الممات)

52 ثالثاً: الحاجة الى الخدمات النفسية للفرد

53 (1-3) اتجاهات نظرية في الصحة النفسية

56 (2-3) الانسان بين السواء وعدم السواء

57 (3-3) النمو الانساني وعملية التكيف

67 (4-3) الحاجة الى الارشاد النفسي

71 رابعاً: أسس الارشاد النفسي ومسلماته

71 (1-4) الأسس والمسلمات العامة للارشاد النفسي

73 (2-4) الأسس الفلسفية لعملية الارشاد النفسي

73 (3-4) الأسس النفسية والتربوية لعملية الارشاد النفسي

74 (4-4) الأسس الاجتماعية لعملية الارشاد النفسي

75 (5-4) الأسس الفنية والأخلاقية للارشاد النفسي

76 (6-4) الأسس العصبية والفيزيولوجية للارشاد النفسي

77 مراجع الوحدة الأولى

الوحدة الثانية

عملية الارشاد النفسي والعلاج النفسي

83	أولاً: المقدمة.....
83	(1 - 1) تمهيد.....
83	(2 - 1) اهداف الوحدة.....
84	ثانياً: العملية الارشادية والعوامل المؤثرة بها.....
84	(1 - 2) أهداف العملية الارشادية.....
85	(2 - 2) العوامل المؤثرة في العملية الارشادية.....
85	ثالثاً: نماذج العملية الارشادية وعناصرها.....
85	(1 - 3) النماذج المستخدمة في العملية الارشادية.....
90	(2 - 3) عناصر العملية الارشادية.....
95	(3 - 3) الاعداد للعملية الارشادية.....
98	رابعاً: الاتصال في العملية الارشادية.....
99	(1 - 4) دورة الاتصال في العملية الارشادية ومراحلها.....
102	(2 - 4) عناصر الاتصال وأهدافها.....
103	(3 - 4) وظائف الاتصال في العملية الارشادية.....
104	(4 - 4) خصائص الاتصال.....
105	خامساً: المعلومات اللازمة للعملية الارشادية.....
106	(1 - 5) شروط عملية جمع المعلومات.....
107	(2 - 5) تنظيم المعلومات وتحليلها.....
107	(3 - 5) الوسائل غير الاختبارية واستخدامها في العملية الارشادية.....
115	(4 - 5) الاختبارات والمقاييس.....
128	سادساً: طرق الارشاد والعلاج النفسي.....
129	(1 - 6) دور النظرية في الارشاد والعلاج النفسي.....
130	(2 - 6) النماذج النظرية في الارشاد والعلاج النفسي.....
155	مراجع الوحدة الثانية.....

الوحدة الثالثة

إرشاد الجماعات

161	أولاً: المقدمة.....
161	(1 - 1) تمهيد.....
161	(2 - 1) اهداف الوحدة.....
162	ثانياً: طبيعة الجماعات الصغيرة.....
163	(1 - 2) تعريف الجماعة.....
164	(2 - 2) الاتجاهات النظرية في دراسة الجماعات.....
172	ثالثاً: الارشاد الجمعي.....
173	(1 - 3) خصائص الارشاد الجمعي.....
173	(2 - 3) الأسس النفسية والاجتماعية للارشاد الجمعي.....
174	(3 - 3) مجالات استخدام الارشاد الجمعي.....
174	(4 - 3) الارشاد الفردي والارشاد الجمعي.....
175	(5 - 3) أهمية الارشاد الجمعي.....
177	(6 - 3) أهداف الارشاد الجمعي.....
178	رابعاً: المجموعة الارشادية.....
178	(1 - 4) شروط المجموعة الارشادية.....
179	(2 - 4) أنواع المجموعات الارشادية.....
181	(3 - 4) تشكيل المجموعة الارشادية وبنائها.....
183	خامساً: قيادة المجموعة الارشادية.....
183	(1 - 5) صفات القائد وشخصيته.....
184	(2 - 5) مهمات قائد المجموعة الارشادية.....
184	(3 - 5) خصائص قائد المجموعة الارشادية.....
185	(4 - 5) دور أعضاء المجموعة الارشادية ومسؤولياتهم.....
185	(5 - 5) دور المرشد النفسي في المجموعة الارشادية.....

186	(5 - 6) القيادة المشتركة للمجموعة الارشادية.....
187	(5 - 7) قواعد وأخلاقيات العمل في المجموعة الارشادية.....
189	سادساً: أساليب الارشاد الجمعي وفنياته.....
189	(6 - 1) الارشاد الجمعي المتمركز حول المجموعة الارشادية.....
	(6 - 2) الارشاد النفسي الجمعي المتمركز حول المرشد (الارشاد الموجه).....
190	(6 - 3) معايير استخدام أساليب الارشاد الجمعي.....
191	(6 - 4) فنيات الارشاد الجمعي ومهاراته.....
203	سابعاً: مميزات الارشاد النفسي الجمعي وعيوبه.....
205	ثامناً: البرنامج الارشادي الجمعي.....
206	(8 - 1) أهمية بناء برنامج ارشادي جمعي.....
207	(8 - 2) الأسس التي يقوم عليها برنامج الارشاد الجمعي.....
211	(8 - 3) الخدمات التي يقدمها البرنامج الارشادي الجمعي.....
212	(8 - 4) بناء البرنامج الارشادي الجمعي.....
219	(8 - 5) نموذج مقترح لبرنامج إرشادي جمعي.....
221	مراجع الوحدة الثالثة.....

الوحدة الرابعة

الارشاد النفسي في الطفولة

225	أولاً: مقدمة.....
225	(1 - 1) تمهيد.....
225	(1 - 2) اهداف الوحدة.....
226	ثانياً: المرحلة الجنينية وأساليب الارشاد فيها.....
226	(2 - 1) نمو الجنين.....
234	(2 - 2) رعاية الأم الحامل.....
238	(2 - 3) حقوق الأم الحامل.....

الموضوع	الصفحة
(2-4) حقوق الجنين.....	238
ثالثاً: مرحلة المهد وأساليب الارشاد فيه.....	238
(3-1) سلوك الطفل حديث الولادة.....	240
(3-2) تنظيم الخبرات الحسية لدى الطفل حديث الولادة.....	243
(3-3) قدرة الوليد على التعلم.....	244
رابعاً: مرحلة الطفولة المبكرة وأساليب الارشاد فيها.....	244
(4-1) دور معلمة الروضة في تطوير الادراك الحركي.....	245
(4-2) التفاعل بين الوالدين والطفل.....	248
(4-3) الروضة والنمو النفسي للطفل.....	256
(4-4) أساليب الارشاد النفسي لطفل الروضة.....	258
(4-5) أهداف الارشاد النفسي لمعلمة الروضة.....	261
خامساً: مرحلة الطفولة المتوسطة وأساليب الإرشاد فيها.....	262
(5-1) دور المرشد النفسي في التعامل مع مشكلات الاطفال.....	263
سادساً: مرحلة الطفولة المتأخرة.....	275
(6-1) مشكلات التكيف مع المدرسة.....	276
(6-2) المخاوف السوية والقلق العصابي.....	280
(6-3) ماذا في وسعنا أن نعمل.....	284
مراجع الوحدة الرابعة.....	285

الوحدة الخامسة

الإرشاد النفسي للمراهق

أولاً: المقدمة.....	291
(1-1) تمهيد.....	291
(1-2) أهداف الوحدة.....	291
ثانياً: طبيعة مرحلة المراهقة.....	292
(2-1) تعريف المراهقة.....	292

294	(2 - 2) خصائص مرحلة المراهقة.....
296	(2 - 3) الاتجاهات النظرية في تفسير مرحلة المراهقة.....
299	ثالثاً: أهداف مرحلة المراهقة وأهميتها.....
299	(3 - 1) أهداف مرحلة المراهقة.....
300	(3 - 2) أهمية مرحلة المراهقة.....
301	(3 - 3) مطالب النمو في مرحلة المراهقة.....
302	رابعاً: العوامل المؤثرة في نمو المراهق.....
303	(4 - 1) التأثيرات السيكولوجية لحدث البلوغ.....
306	(4 - 2) العوامل المؤثرة في تطور نمو المراهق.....
316	خامساً: تكيف المراهق.....
316	(5 - 1) معنى التكيف.....
317	(5 - 2) مؤشرات التكيف.....
317	(5 - 3) العوامل الأساسية في التكيف.....
319	(5 - 4) نمو الهوية للمراهق.....
321	(5 - 5) المراهق وأسرته.....
327	(5 - 6) المراهق والحياة المدرسية.....
336	(5 - 7) المراهق وجماعة الرفاق.....
339	(5 - 8) اشباع الحاجات الأساسية للمراهق.....
339	(5 - 9) تحقيق الشخصية السوية للمراهق.....
341	(5 - 10) استراتيجيات تكيف المراهق.....
343	سادساً: مشكلات المراهقين وأساليب الإرشاد فيها.....
343	(6 - 1) كيف يتعلم المراهق السلوك المشكل.....
351	(6 - 2) العوامل المؤدية الى ظهور السلوك المشكل للمراهق.....
353	(6 - 3) حاجات المراهق ورعايته.....
359	(6 - 4) مشكلات المراهقين.....
373	مراجع الوحدة الخامسة.....

الوحدة السادسة

الارشاد النفسي للراشد

381	..... أولاً: المقدمة
381	..... (1 - 1) تمهيد
381	..... (2 - 1) اهداف الوحدة
381	..... ثانياً: طبيعة مرحلة الرشد وخصائصها
382	..... (1 - 2) خصائص مرحلة الرشد
383	..... ثالثاً: نمو الشخصية والتوافق ومسألة الهوية
383	..... (1 - 3) استقرار هوية الأنا أو الذات
383	..... (2 - 3) تحرير العلاقات الشخصية
383	..... (3 - 3) تعميق الميول والاهتمامات
384	..... (4 - 3) زيادة انسانية القيم
384	..... (5 - 3) توسيع نطاق الرعاية
384	..... رابعاً: الزواج والحياة الأسرية
385	..... خامساً: الصحة والمرض
385	..... (1 - 5) الاحساس بالألم
386	..... (2 - 5) أنواع الألم
387	..... (3 - 5) أهمية الألم
387	..... (4 - 5) انتقال اشارات الألم في الجهاز العصبي المركزي
387	..... (5 - 5) الاستجابة للألم
388	..... (6 - 5) انحرافات الحس
388	..... (7 - 5) زيادة الحس
388	..... (8 - 5) الصداع/ آلام الرأس
389	..... (9 - 5) السكتة الدماغية

389	سادساً: النمو المهني للراشد
389	(1 - 6) مراحل النمو المهني
396	(2 - 6) أساليب الارشاد المهني للراشد
398	سابعاً: الاضطرابات النفسية للراشدين وأساليب الارشاد فيها
398	(1 - 7) الضغوط النفسية
406	(2 - 7) الاضطرابات الذهانية
409	(3 - 7) الاضطرابات العصابية
412	(4 - 7) اضطرابات الاعتماد
422	(5 - 7) الاضطرابات الجنسية
428	(6 - 7) اضطرابات الشخصية
450	مراجع الوحدة السادسة

الوحدة السابعة

الارشاد النفسي لكبار السن

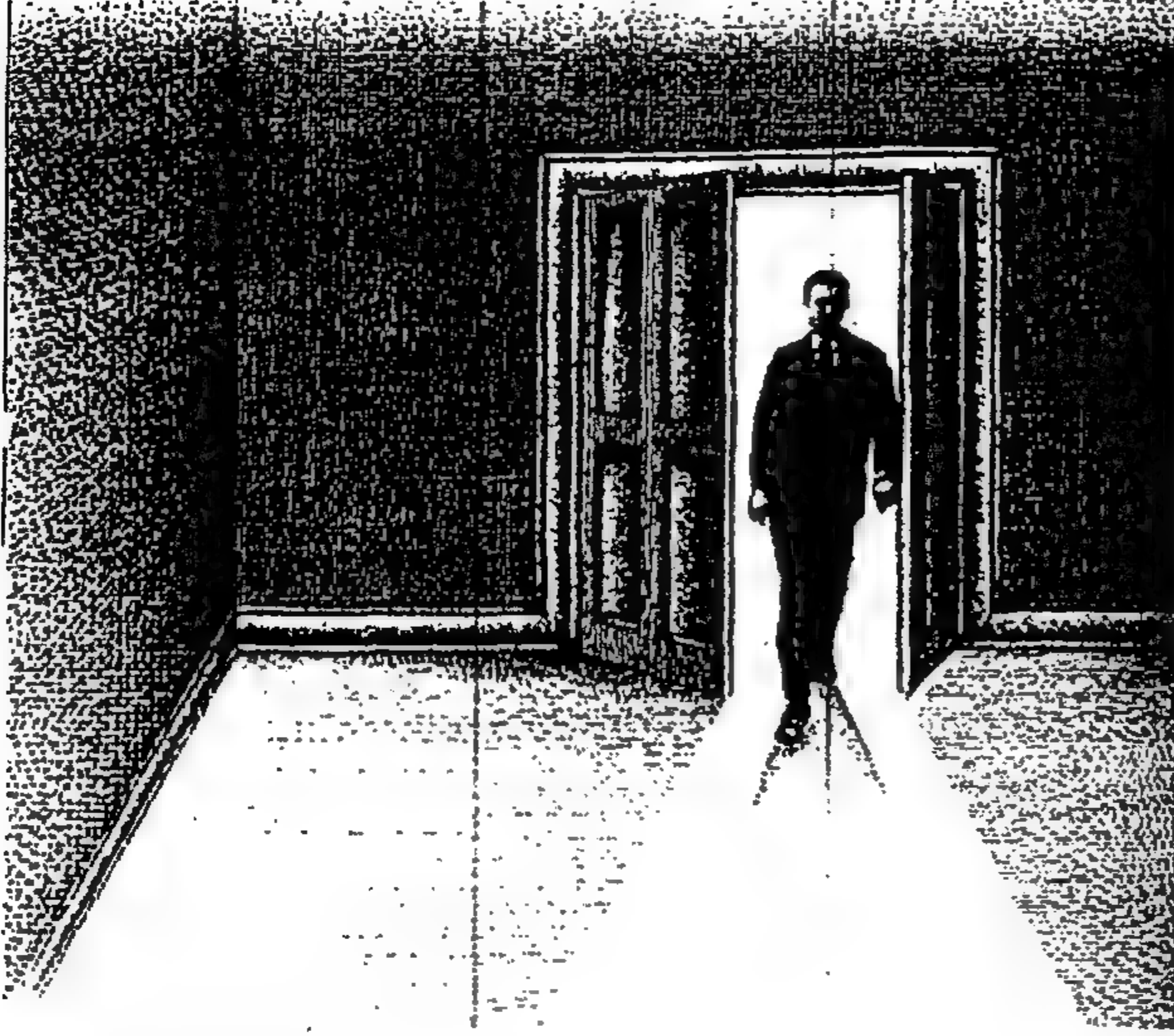
441	أولاً: المقدمة
441	(1 - 1) تمهيد
441	(2 - 1) اهداف الوحدة
442	ثانياً: مجتمع الكبار
442	(1 - 2) التعريف بمجتمع الكبار
443	(2 - 2) الشيخوخة عبر التاريخ
445	(3 - 2) دورة حياة الانسان
446	(4 - 2) أهمية دراسة كبار السن
448	(5 - 2) الأطر النظرية لتحديد المراحل العمرية للنمو والكبر
453	(6 - 2) مبادئ الأمم المتحدة بحقوق الانسان
454	ثالثاً: التغيرات البيولوجية التي تطرأ على المسن
454	(1 - 3) المبادئ العامة للتغير في مراحل الكبر
455	(2 - 3) النظريات البيولوجية لكبار السن

458	(3 - 3) التغيرات البيولوجية المصاحبة للكبر
468	رابعاً: التغيرات المعرفية المصاحبة للكبر
468	(1 - 4) القدرات العقلية
471	(2 - 4) اضطرابات الوعي
472	(3 - 4) اضطرابات الوجدان
473	(4 - 4) اضطرابات الذاكرة
475	(5 - 4) اضطرابات الإدراك الحسي
475	(6 - 4) اضطرابات المهارات الحركية
476	(7 - 4) اضطرابات التعبير اللفظي
477	خامساً: التغيرات النفسية والاجتماعية المصاحبة للكبر
477	(1 - 5) نوعية الحياة
478	(2 - 5) حاجات المسنين ومطالبهم
479	(3 - 5) النظريات الاجتماعية للكبر والرضا عن الحياة
481	سادساً: الأمراض الجسمية لكبار السن
482	(1 - 6) الأمراض المزمنة الشائعة بين كبار السن
500	(2 - 6) الأمراض الطارئة عند كبار السن
500	سابعاً: الاضطرابات النفسية لكبار السن
500	(1 - 7) الاضطرابات المعرفية العضوية
509	(2 - 7) الاضطرابات العقلية والنفسية في الشيخوخة
511	(3 - 7) الاضطرابات الذهانية
512	(4 - 7) الاضطرابات العصابية
512	ثامناً: الرعاية الصحية والخدمية للمسنين ورعايتهم
514	(1 - 8) الرعاية المستديمة والأوضاع الخدمية
516	(2 - 8) الرعاية المؤسسية
520	(3 - 8) استراتيجيات الحد من مشكلات التوافق لدى المسنين
	ملحق: التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج
527	النفسي

تقديم

عزيزي القارئ:

يعتبر الاهتمام بالإنسان في مختلف مراحل عمره من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم



المجتمع وتطوره وتحضره بين غيره من المجتمعات (البعد الاجتماعي والاقتصادي الحضاري). وسوف يجد القارئ في هذا الكتاب سبع وحدات رئيسية تهتم بالإنسان عبر مراحل عمره المتتابعة ومشكلاته وطرق إرشاده وعلاجه.

● الوحدة الأولى: النمو الإنساني وأساليب الإرشاد

فيه. وتتضمن: النمو الإنساني والعوامل المؤثرة فيه: أو نظريات تفسير النمو. ودورة الحياة (من الخلق حتى الممات). والإنسان بين السواء وعدم السواء في السلوك، وعملية التكيف، والحاجة إلى الإرشاد النفسي. والاسس والمسلمات العامة والاسس الفلسفية، والنفسية، والاجتماعية، والفنية والاخلاقية، والعصبية والفيزيولوجية.

● الوحدة الثانية: عملية الإرشاد: وتشتمل على أهداف العملية الإرشادية، والعوامل المؤثرة فيها. ونماذجها. والاتصال في العملية الإرشادية. كعملية اجتماعية، ودورة العملية الاتصالية. والمعلومات اللازمة للعملية الإرشادية وشروط عملية جمع المعلومات، وتنظيمها وتحليلها، ووسائل جمع المعلومات. وطرق الإرشاد والعلاج.

● الوحدة الثالثة: إرشاد الجماعات وتشتمل على: طبيعة الجماعات الصغيرة، وتعريفها، والاتجاهات النظرية في دراسة الجماعات. والإرشاد الجمعي: وخصائصه، وأسس النفسية والاجتماعية. ومجالات استخدام أهميته، وأهدافه. وتشكيل المجموعة الإرشادية وبنائها.. وقيادتها ومهام القائد وخصائصه ودور أعضاء المجموعة الإرشادية ومسؤولياتهم، ودور المرشد المهني في المجموعة الإرشادية. وقواعد واخلاقيات العمل في المجموعة الإرشادية. وأساليب الإرشاد الجمعي وفنياته

تقديم

- الوحدة الرابعة: الارشاد النفسي في الطفولة. وتشتمل على كل من المرحلة الجنينية والمهد. والطفولة المبكرة والمتوسطة وأساليب الإرشاد فيها.
- الوحدة الخامسة: الارشاد النفسي للمراهق: وتشتمل على: طبيعة المراهقة، واتجاهاته في تفسير المراهقة، مطالب المراهقين، أهمية مرحلة المراهقة وأهدافها، والعوامل المؤثرة فيها، وتكيف المراهق ومشكلاته وأساليب ارشاده
- الوحدة السادسة: مظاهر نمو الراشد، وشخصيته والتوافق ومسألة الهوية، الزواج والحياة الأسرية، الصحة والمرض، والنمو المهني والاضطرابات النفسية وأساليب الارشاد فيها.
- الوحدة السابعة: الارشاد النفسي لكبار السن: وتتضمن: دراسات حول الشيخوخة، وأهميتها ونظرياتها، والتغيرات البيولوجية والعقلية والنفسية التي تطرأ على المسنحات ومطالب المسنين ورعايتهم، استراتيجيات الحد من مشكلات التوافق لدى المسنين.

ويأمل المؤلف ان يكون هذا الكتاب مرجعا ودليلا للباحثين والدارسين والمهتمين في مجال الارشاد النفسي والتربوي.

سامي محمد محمد

الوحدة الأولى

النمو الإنساني وأساليب الإرشاد فيه

	Late adulthood
65	Late adult transition
60	Consolidation of middle adulthood
55	Age 50 transition
50	Entering middle adulthood
45	Mid-life transition
40	Settling down
35	Age 30 transition
30	Entering the adult world
25	Early adult transition
17	Childhood and adolescence

Middle adulthood

Early adulthood



الوحدة الأولى

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

أولاً: المقدمة:

(1 - 1) تمهيد:

عزيزي الدارس: اهلا بك في الوحدة الاولى من هذا الكتاب والذي يبحث في الارشاد النفسي عبر مراحل العمر. ولقد حاول علماء النفس الوقوف أمام ظاهرة النمو الانساني والمتغيرات التي ترتبط به. ليفرز علما قائما بذاته من اجل الإجابة عن كل التساؤلات التي يبحث القارئ إجابات محددة لها.

تتألف هذه الوحدة التي تدور النمو الانساني وأساليب الارشاد منه من ثلاثة أجزاء رئيسية. يضمن الجزء الأول منها تعريفاً للنمو وخصائصه والعوامل المؤثرة فيه.

ويتضمن الجزء الثاني من الوحدة حاجتنا الى الخدمات النفسية واتجاهاته النظرية وسلوكياتنا بين السواء وعدم السواء وعملية التكيف. كما يبحث الجزء الثالث أسس الارشاد النفسي العامة، والفلسفية والنفسية والتربوية والاجتماعية والفنية والأخلاقية والعصبية والفيزيولوجية ومسلماتها.

(1 - 2) أهداف الوحدة:

عزيزي الدارس: يتوقع منك بعد الانتهاء من دراسة مادة هذه الوحدة ان تصبح قادراً على أن:

1. تعرف النمو الانساني والعوامل المؤثرة فيه
2. تبين الحاجة الى الخدمات النفسية للفرد
3. تحدد اسس الارشاد النفسي ومسلماته

ثانياً: النمو الانساني والعوامل المؤثرة فيه:

النمو عملية تكامل في التغيرات الفيزيولوجية والسيكولوجية تهدف إلى تحسين قدرة الفرد على التحكم في البيئة (Hetherington & Parke, 2006). وأن هذه العملية منظمة، وتسير وفق أسس، وتتقدم بناء على قواعد يمكن التعرف عليها ودراستها. (Hurlock, 1991)

وتستخدم كلمة نمو Development للدلالة على التغير الذي يطرأ على الكائن الحي، أو للدلالة على الزيادة الإضافية في مقدار الخاصية أو الصفة السلوكية. وعليه، فإن النضج هنا يشير الى التغير البيولوجي والفيزيولوجي والنيورولوجي الذي يطرأ على الكائن

الإنساني ويحدث تغيراً في بنية الجسم. ووظائف أعضائه. والنمو الجسمي غير محدد بالتغيرات في الحجم. فالطفل ليس مجرد شخص راشد مصغر Miniature adult كما كان يعتقد من قبل. ولكن تكوينه الجسمي الكلي يبدي نسباً مختلفة عن نسب الشخص الراشد. (Berk, 2007).

ومن بين المعالم الأكثر أهمية والتي تأخذ في الاختفاء التدريجي. كلما أخذ الطفل في النمو: الغدة التيموسية Thymus gland التي تعرف في الغالب بغدة الطفولة وموضعها في الصدر. والغدة الصنوبرية Pineal gland وموضعها أسفل الدماغ. والانعكاسات السائدة في مرحلة الطفولة والتي تعرف بالانعكاسات بابينكسي ودارون Babinski & Darwinian reflexes والشعر الطفلي والمجموعة الأولى من الأسنان المعروفة بالأسنان الطفلية (اللبنية).

وبالإضافة إلى اختفاء بعض المعالم القديمة التي استنفذت جدواها. فإنه يلاحظ نمطاً رابع من التغير النمائي في اكتساب معالم جديدة جسمية وعقلية. بعض هذه المعالم تكتسب خلال عملية التعلم. وبعضها الآخر يكون نتاج عملية النضج أو تفتح المسامات الكامنة التي لم تتم على نحو كامل عند الميلاد. لاحظ مثلاً. فترة نمو الأسنان الأولى والثانية، والخصائص الجنسية الأولية والثانوية. والمشي والكلام، وتناول الطعام الجاف، ومخالطة الآخرين بعد العزوف عنهم، والتطلع والشغف خاصة فيما يتعلق بالموضوعات الجنسية، الحافز الجنسي، المعرفة، المعايير الخلقية، المعتقدات الدينية، الأشكال المختلفة للغة... إلى غير ذلك من اكتساب معالم جديدة لم يكن قد ظهرت لديه من قبل.

وتشير الدراسات والبحوث التي أجريت على مراحل النمو الإنساني من مختلف جوانبه. أن تغيرات النمو الإنساني تحدث بطريقة منتظمة. في الظروف البيئية العادية. وتظهر خصائص الانتظام أثناء فترة الحمل وبعد الولادة. وفي سلوك الحبو والوقوف والمشي واستخدام الأيدي والأصابع والكلام. وهذه الأنماط من السلوك تكاد تظهر في معظم الأطفال بترتيب وتتابع يكاد يكون واحداً. مما حدا بجيزل في وصف هذا التتابع المنتظم الثابت نسبياً (بالمورفولوجيا النفسية)

والنمو عملية كلية Holistic تحدث مظاهرها كلها متأنية وبينها علاقات متداخلة. فالنمو اللغوي لا يعتمد فقط على المهارات اللغوية والنمو العقلي. وإنما يعتمد في كثير من جوانبه على النمو الاجتماعي والوجداني للطفل. وعلى المهتم بعلم نفس النمو أن يتبع منهجه التحليلي بنظرة تركيبية ولا افتقده وحدة الشخصية وتكامل السلوك. ولا يعقل أن يتم الفصل بين المكونات الجسمية والعقلية والاجتماعية والوجدانية الانفعالية للنشاط الإنساني وتناول كل جانب منها على حدة تمشياً مع الاعتقاد السائد بإمكانية الفصل بين هذه المكونات. بل هي كل متكامل للنمو الإنساني من جميع جوانبه.

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

ويتميز النمو الانساني بأن لكل فرد ينمو بطريقته وبمعدله، ويتناول البحث العلمي في هذا الصدد حالات فردية لأي ظاهرة فيزيولوجية أو نفسية ثم تعمم هذه الحالات على ظواهر مماثلة. مع الأخذ بعين الاعتبار إلى أن شرط التعميم العلمي الصحيح أن يكون عدد حالات العينة ممثلة للأصل الإحصائي الذي تنسب إليه.

وعلى الرغم من أن كثيرا من المعلومات التي تتناولها البحوث الخاصة بالنمو الانساني تشتق مما يسمى بالمعايير السلوكية. إلا أننا يجب أن نحذر دائما من تحويل هذه المعايير الى قيود. ذلك ان ما يؤديه الناس على أنه السلوك المعتاد او المتوسط او ما يؤدي بالفعل (وهو جوهر المفهوم الأساسي للمعيار) يتحول في هذه الحالة ليصبح ما يجب أن يؤدي. ولعل هذا هو سبب ما يشيع بين الناس من الاعتقاد بوجود أوقات ومواعيد ملائمة لكل سلوك. وهكذا يصبح المعيار العمري البسيط تقليدا اجتماعيا. ويقع الناس أسرى لما يسميه عدد من الباحثين بالساعة الاجتماعية (صادق وأبو حطب، 2005) بها يحكمون على كل نشاط من الأنشطة العظمى في حياتهم بأنه في وقته تماما أو أنه مبكر أو متأخر. على دخول المدرسة مثلا، أو إنهاء الدراسة أو الالتحاق بالعمل أو الزواج. أو التقاعد ما دام لكل ذلك معايير.

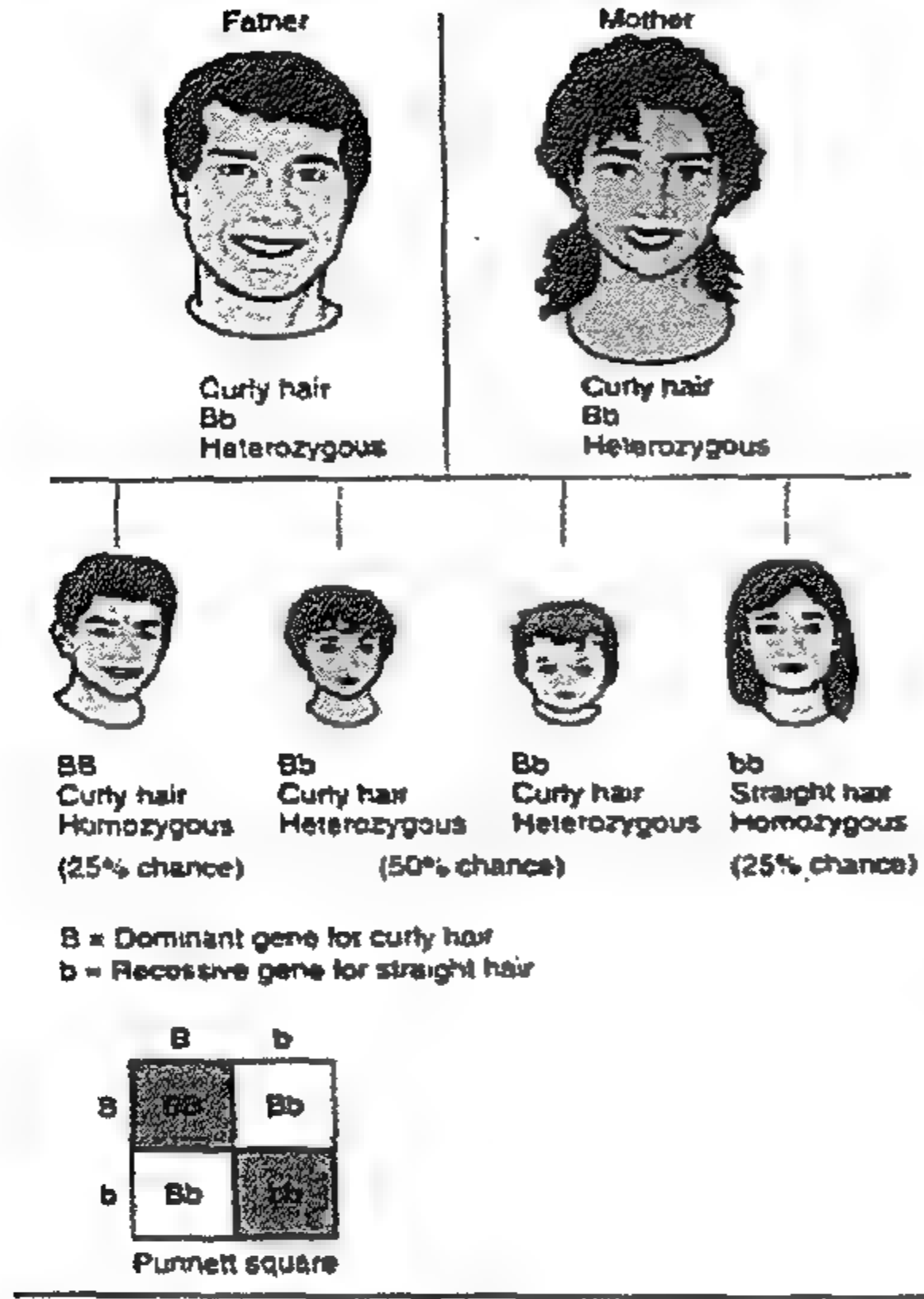
فالنمو لا يتوقف كظاهرة كلية حتى ولو طرأ توقف في بعض جوانبه عن مرحلة أو سن معين. فقد تتوقف الزيادة في الطول أو الوزن أو في الحجم. لكن التطور النوعي يظل مستمرا طوال العمر. وفق معدل منتظم بطيء نسبيا أكثر مما يتم وفقا لمعدل سريع. كما يستمر نمو الخصائص الجسمية والعقلية بالتدريج حتى تصل هذه الخصائص إلى أقصى نمو لها. ونحن نستخدم مصطلحات معينة لراحل النمو المتتابعة لنؤكد حقيقة مؤداها بأن ثمة نمطا خاصا للنمو قد حدث في الفترة بعينها.

فالكم والكيف في النمو مظهران لا يمكن فصلهما. خذ على سبيل المثال ان الطفل كما ينمو في أعضاء جسمه ينمو في الوظائف التي تقوم بها هذه الأعضاء. مثال ذلك: ان الجهاز الهضمي للطفل يتحول من تمثل السوائل إلى هضم الطعام الجامد وتحويله إلى عصارة يتمثلها تعود بالفائدة على الطفل. وتأزر أعضاء الحس والحركة باطراد النمو. ونضج الإدراك والقدرة على الاستدلال العقلي

إن مظاهر النمو الانساني مرتبطة كلها بعضها ببعض ارتباطا وثيقا. مما يعني ان معظم السمات تترابط في النمو. على أساس من التكامل بين جوانب النمو المختلفة: الجسمية، والعقلية، والمعرفية، والانفعالية، والعاطفية، والاجتماعية... الخ. وما بين هذه الجوانب من ارتباطات وتأثيرات متبادلة.

وإذا كان معدل النمو ثابت إلى حد كبير لكل طفل، فإنه يمكن التنبؤ بالمدى الذي يحتمل فيه النمو الناضج للطفل. ومعرفة ما سيكون عليه أقصى مستوى للنمو. ويعتبر معرفة ما سيكون عليه أقصى مستوى للنمو العقلي ذو قيمة بالغة الأهمية في تخطيط تعليمه وفي مساعدته على التدريب على نمط العمل الذي يمكن أن يحقق فيه أقصى مستوى من الكفاءة والنجاح والانجاز.

(1 - 2) العوامل المؤثرة في النمو:



تشتمل عملية النمو على شيئين اثنين هما: الزيادة والتغير. فعندما ينمو الكائن يزداد حجمه وينفس الوقت يتغير من حال إلى حال أو تتغير وظيفته (Lerner & Hultsch, 2003). وكلما نما الإنسان تصبح عضلاته وعظامه وشحمه أثقل وزناً ولكنها تحتفظ بشكلها الأساسي خلال فترة الحياة. وينفس الوقت الذي تزداد فيه الخلايا عدداً عند الفرد تتغير الوظائف التي يستطيع القيام بها وتتنوع إذ يصبح مع الزمن قادراً على الحبو والزحف والوقوف والمشي والجري.

وفي عملية النمو تتكامل التغيرات الفيزيولوجية والجسدية مع التغيرات السيكولوجية لتحسين قدرة الفرد في السيطرة على بيئته التي يعيش فيها (Biehler & Hudson, 2006):

(1) العوامل الفيزيولوجية المؤثرة في النمو:

تمثل آليات التزاوج أساس الوراثة المستقبلية. حيث يحدث الحمل نتيجة التقاء واتحاد خليتي جنسي متخصصتين عندما تخترق خلية منوية Sperm cell البويضة Olive – egg cell الأنثوية. وياتحاد الخليتين تنشأ الخلية الملقحة أو المخصبة Zygote – Fertilized cell (Papalia & Olds, 2006) وهي تحتوي على المادة التكوينية اللازمة لنمو التركيب العضوي. أي أنها تتكون من نواة يحيط بها السيتوبلازم داخل الأغشية الخارجية. وفي داخل النواة توجد مقدرات الوراثة Genes التي تمثل تنظيمات من مواد كيميائية مركبة على الخيوط النووية التي تسمى بالصبغيات أو الكروموسومات.

فالجينات مكونات أو مقدرات الوراثة المسؤولة عن توريث لون العين أو الشعر، نسيج الشعر، شكل الأنف، طول القامة، لون الجلد. كما أنها تنقل السمات الوراثية لوجود ما يتراوح بين العشر إلى المئات في الكروموسوم الواحد. وتغير فاعلية الجينات في السيتوبلازم شكل وخصائص

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

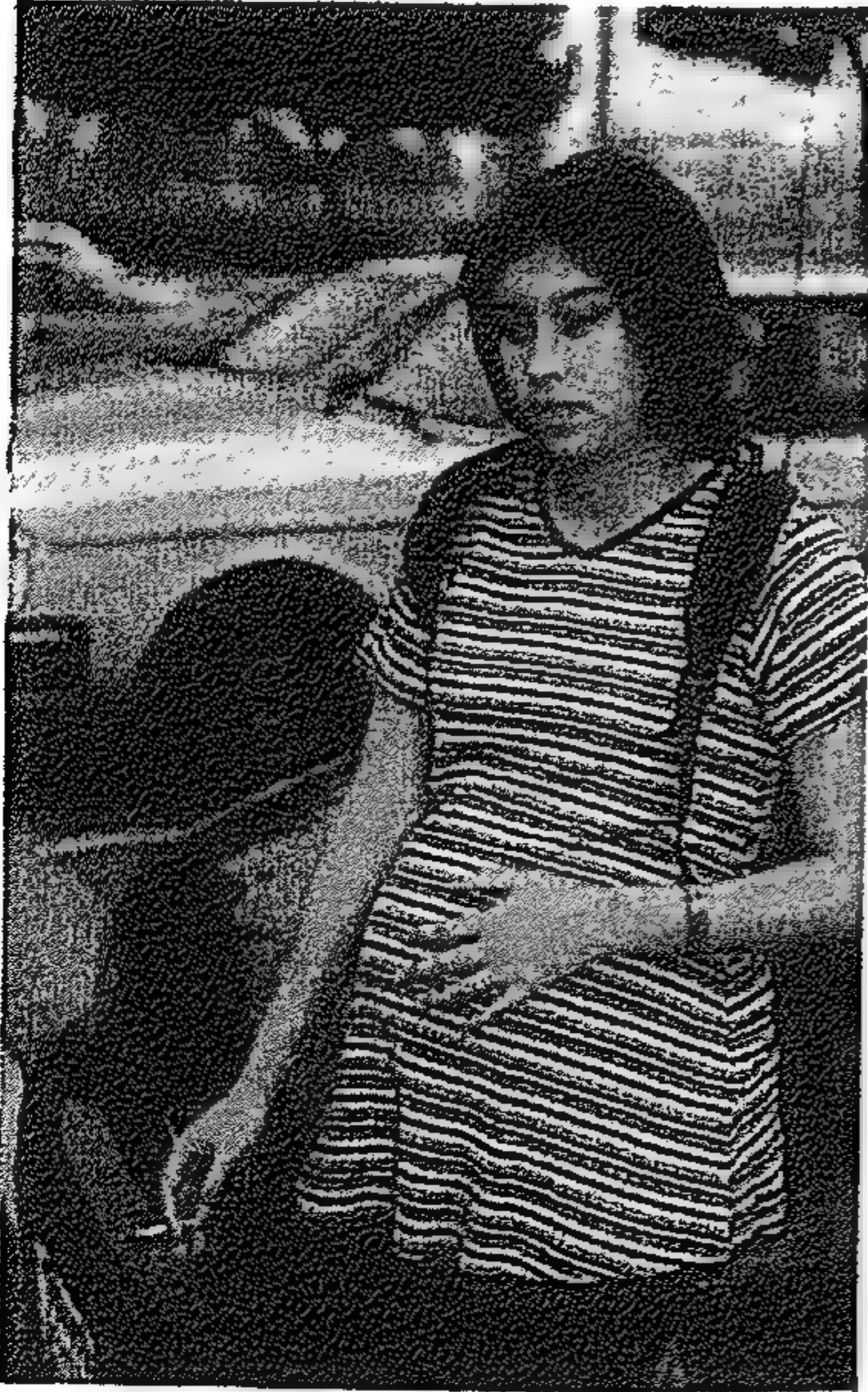
الخلايا. فيتفاعل الجينات مع ظروف البيئة الداخلية تغير الخلايا شكلها الاصلي ليتكون الكثير من آليات الاستجابة (عضلات، عظام، أعصاب... الخ) عن طريق الانقسام الخلوي. وكل خلية بارتباطها مع غيرها تحدث ما لا حصر له من الخصائص. (Berk, 2007)

والكروموسومات حاملات هذه المورثات (الجينات) داخل نواة الخلية. حيث تحمل الخلية الانسانية 23 زوجا من الكروموسومات. لاحظ هنا انه مهما انقسمت الخلية من اجل تكوين خلية جديدة فان عدد الكروموسومات يظل ثابتا. (Papalia & Olds, 2006)

ولجهاز الغدد أهمية كبيرة في تنظيم النمو ووظائف الجسم، وتؤثر في السلوك بشكل واضح، كما ترتبط وظائفها ارتباطا وثيقا بوظائف أجهزة الجسم المختلفة خاصة الجهاز العصبي. وتلعب الغدد الصماء دورا هاما في وظائف الأعضاء وتؤثر بذلك في السلوك والشخصية. إنها تؤثر بشكل واضح في النشاط العام للفرد، وفي سرعة وشدة السلوك الانفعالي، وفي كمية ونوع واستمرار السلوك الذي يختاره الفرد.

(2) العوامل البيئية المؤثرة في النمو:

تشير الدراسات الارتباطية الحديثة الى أن لعمر الأم دورا مباشرا في نمو الطفل. وأن أفضل عمر للخصوب هو ما كان بين 20 و24 سنة من عمر الام. اما الأمهات الأصغر أو الأكبر فقد يحدث خللا أو اضطرابا في نمو الجنين مما يؤدي الى عدد من المشكلات التي تتسبب في وفيات الاطفال أو اضطراباتهم.



كما ان نوع الغذاء الذي تتناوله الأم الحامل أثناء فترة الحمل. وخاصة المراحل الأولى منه. يؤثر بشكل فاعل على الجنين. وإذا ما كانت الأم الحامل تتناول نوعا واحدا من الأطعمة ولا تحب غيره. وكان هذا الغذاء يفتقر الى كثير من العناصر الهامة للنمو. (مثل نمو العظام) فان عظام الطفل تنمو بشكل غير سليم. ونقص التغذية الشديد للام الحامل قد يصيب الجنين بإضرار شديدة. فنقص اليود في غذاء الام يؤدي إلى التخلف العقلي من نوع الكريتينزم والإصابة بالفيروسات المعدية وخاصة الحصبة الألمانية في الثلاثة أشهر الأولى قد يؤدي إلى الصمم وإصابة العين بالمياه البيضاء والتخلف

العقلي. والإصابة بالثوكسوسيلازموزس قبل الميلاد تؤدي الى التخلف العقلي والاضطرابات العصبية. (حسان، 1998)

وإصابة الأم الحامل بأحد الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية Rubella خاصة في الشهور الأولى من الحمل. ينتقل من الأم الحامل إلى الجنين مما قد يسبب له أمراضا أو تشوهات مثل الصمم أو العمى أو البكم أو أمراض القلب أو ضمور المخ Microcephaliak. كما قد يعاني من تأخر في نموه الجسمي والعقلي. هذا، وقد أمكن للعلماء إخضاع الحصبة الألمانية للتطعيم حيث ينصح بتطعيم الأطفال الإناث بشكل خاص بمصل الحصبة الألمانية. لتفادي الإصابة بهذه الأمراض. كما أن الزهري الولادي يؤدي إلى إصابته بتشوهات ولادية وتخلف عقلي. واضطرابات التمثيل الغذائي أو عملية الهدم والبناء عند الأم الحامل. حيث أمكن التعرف حتى الآن على حوالي 90 – 120 نوعا من الأمراض التي تصيب الجنين نتيجة لذلك.

وتعاطي بعض المواد الكيميائية أثناء شهور الحمل الأولى أو تعاطي جرعات كبيرة من الأنسولين مما يؤدي إلى نقص شديد في السكر. قد يؤدي إلى إصابة الجنين وتخلفه العقلي.

ويعتبر تعرض الأم الحامل لأشعة X وخاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل من العوامل الرئيسية للإصابة بالإعاقة العقلية. حيث تؤدي هذه الأشعة إلى تلف الخلايا الدفاعية للجنين بطريقة ما أو بأخرى. كما أن تعرض الأم الحامل لمصادر الإشعاع يؤدي إلى إصابة الجنين بالإعاقة العقلية. أو بأمراض أخرى كأمراض اللوكيميا أو السرطان أو صغر حجم الدماغ والتي يصاحبها في العادة الإعاقة العقلية.

وتلوث الهواء والماء من العوامل التي يمكن أن تؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي لدى الجنين. فتعرض الأم الحامل لهذه العوامل وخاصة في البيئات التي تزداد فيها نسب التلوث في الماء والهواء بالغازات والمواد العادمة ونتاج المصانع الغازية السامة يؤدي بطريقة ما إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي للجنين وبالتالي إلى مشكلات قد تبدو على شكل إعاقة عقلية أو بطرية أو حتى وفاة.

ويعتبر اختلاف العامل الرايزوسي بين الأم والجنين أحد العوامل الهامة والمسببة لحالات الإعاقة العقلية أو حالات أخرى من الإعاقة والتشوهات الولادية. ويعرف العامل الرايزوسي على أنه أنتيجين موجود في الدم " وسمي بهذا الاسم نسبة إلى نوع من القرود توجد في جبل طارق اكتشفت فيها هذا العامل " وتشير الدراسات والبحوث المخبرية في هذا المجال إلى أن 85 % من بني البشر يوجد لديهم هذا العامل بصفة سائدة بينما يوجد 15 % فقط من البشر من يحملون الصفة السالبة له. (Owens, 2006).

وتؤدي الولادة العسرة إلى الاختناق وإصابة المخ أثناء الميلاد. قد تؤدي إلى الإعاقة العقلية. كما قد تؤدي إلى الصرع. والميلاد قبل النمو وخاصة الأطفال الذين يقل وزنهم عن 2500 غرام يكون سببا للتخلف العقلي. ونقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة. قد تؤدي

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

إلى موت الجنين أو إصابته بإحدى الإعاقات ومنها الإعاقة العقلية بسبب إصابة القشرة الدماغية للجنين. وهناك أسباب عديدة تكمن وراء نقص الأوكسجين أثناء الولادة كحالات التسمم أو انفصال المشيمة، أو طول عملية الولادة أو عسرها، أو زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على تنشيط الولادة. والصدمات الجسدية التي قد تصيب الجنين أثناء عملية الولادة بسبب طول عملية الولادة أو بسبب استخدام الأدوات الخاصة بالولادة، أو استخدام طريقة الولادة القيصرية.

وتعتبر إصابة الجنين بالالتهابات خاصة التهاب السحايا من العوامل الرئيسية في تلف أو إصابة الجهاز العصبي المركزي مما قد يؤدي إلى وفاة الجنين قبل ولادته أو إصابته بالإعاقة إذا بقي حيا.

ان الإصابة الشديدة للرأس تؤدي إلى الشلل وقد تؤدي إلى الإعاقة العقلية وأيضا إلى الصرع. وتعتبر الالتهابات المخية والسحائية من أكثر العوامل التي تؤثر بعد الميلاد في إحداث الإعاقة العقلية. كما أن تأثير فيروسات مرض الغدة النكفية والحصبة والسعال الديكي على الجهاز العصبي المركزي، قد يؤدي إلى الإعاقة العقلية. وحالات التسمم ونقص الفيتامين في الطفولة إذا استمر لفترة طويلة قد يؤدي إلى تغيرات لا شفاء منها في القشرة المخية مع درجات مختلفة من الإعاقة العقلية. وسوء التغذية التي تمت الإشارة إليها في وقت سابق. والحوادث والصدمات التي تؤثر بشكل مباشر على الخلايا الدماغية سببا رئيسا من أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية. والأمراض والالتهابات التي كثيرا ما يتعرض الطفل لها خاصة في السنوات الأولى من عمره. والعقاقير والأدوية التي يتناولها في أثناء مرضه قد تؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي وبالتالي إلى الإعاقة العقلية

كما يمكن تفسير الاختلافات بين سلوك الأطفال أثناء عمليات النمو كنتيجة لخبرات التعلم التي يتعرض لها مثل هؤلاء الأطفال في بيئاتهم المختلفة. (الطواب، 1995) فعملية التعلم، عملية أساسية وهامة في حياة الطفل منذ اللحظة الأولى من حياته. ونتيجة لاستجابات البيئة المحيطة به. يتعلم كثيرا من أنواع السلوك سواء المرغوبة منها أو غير المرغوبة. وهناك مجموعة من الاضطرابات قد تؤثر على القدرة على التعلم. وتتضمن هذه المجموعة اضطراب الإبصار والسمع أو العجز الحركي والاضطرابات الانفعالية والصرع.

وثمة سؤال يطرح نفسه! ما هو الأكثر أهمية للطفل؟ الوراثة أم البيئة؟

فقد انشغل علماء النفس في كيفية الاجابة عن هذا السؤال. فبينما أشار جنسن Jensen الى ان اثر الوراثة يفوق في الاهمية كثيرا العوامل الأخرى. في تفسير ظاهرة الاختلاف في القدرات العقلية. وان الثابت (كما يقول العلماء) بان التغيرات التي تحدث في دم الأم خلال فترة الحمل سواء كان سببها التغذية أو إصابة الأم بمرض السكر أو نحو ذلك. تؤثر على الجنين

Fetus. فالأم المريضة بمرض البول السكري Diabetic mother أو المريضة بارتفاع ضغط الدم. Blood pressure يمكن ان تتسبب في موت الجنين قبل ان يرى النور.

ولقد أجرى الباحثون تجارب عديدة حول أثر الحالات الانفعالية للأم على الجنين. ولكن لا يوجد حتى الآن دليل كاف على أن هذه الحالات الانفعالية للأم تورث. وان كانت التجارب التي أجريت على الحالة الانفعالية عند الارانب الحوامل لبيان أثرها على السلالة الجديدة قد أفادت بأن الأمهات اللواتي يتصفن بالقلق. ينتجن سلالات يتصف سلوكها بالقلق في الأماكن العامة. 'Open fields' وعند حدوث تناسل بين أبوين يتصفان بالقلق من هذه الارانب. فان القلق يبدو واضحا أكثر في السلالة الجديدة.

وان البيئة الجغرافية المتمثلة بالظروف المادية المحيطة بالفرد من عوامل جغرافية ومكانية. كالطقس والمناخ، والموارد والامكانيات المادية تؤثر على نمو الفرد. فأطفال السواحل والريف ينمون بسرعة أكبر من أطفال المدن المزدحمة بالسكان المعرضة لتلوث البيئة. ولأشعة الشمس تأثيرها في سرعة النمو. خاصة الأشعة فوق البنفسجية.

وتلعب البيئة الجغرافية دورا بارزا في تحديد خصائص النشاط السكاني وما له من تأثير في خصائص الفرد. حيث تختلف السمات التي يتميز بها سكان المدن عن سمات سكان الصحاري، وسكان الجبال. وأوضحت الدراسات الحديثة الى ان البلوغ يحدث مبكرا في البلاد المتخصصة. ويتأخر قليلا في البلاد المرتفعة. ويتميز سكان المناطق الجبلية بخصائص في تكوين شخصياتهم عن سكان السهول و الصحاري.

وظروف العصر الذي يعيش فيه الفرد، ومستوى التطور الذي أحرزه المجتمع في المستوى الحضاري بإنتاجه، وأدواته، ورموزه في سياق العملية التاريخية. يمثل بالضرورة مكونات الشخصية الانسانية. وعامل بارز من عوامل النمو الانساني (عبد المعطي، وقناوي، 2007).

وتمثل الثقافة محصلة التفاعل القائم بين الفرد ومجتمعه وبيئته. كما تعد ثمرة علاقة الفرد بالفرد. وبالزمن، والمكان، وبالكون، وكل ما يتعلمه الفرد، أو يكتسبه اجتماعيا من عادات ومهارات، واتجاهات، وقيم، وما تخلف لنا من معارف عقلية، أو أشياء، أو طرز مادية، والثقافة بذلك، تخلف لنا نتاج المجتمع وافراده. فالثقافة والمجتمع ظاهرتان مرتبطتان متماسكتان أشد التماسك. ولكل ثقافة مجتمعها البشري الذي تميزه عن غيره من المجتمعات.

وللبيئة الاجتماعية أثرها القوي في نمو الطفل. حيث ترتبط البيئة الاجتماعية بكل من النمو الاجتماعي للطفل. وأثر الأسرة والاخوة والثقافة القائمة على سرعة النمو.

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

فالأسرة وظيفة بيولوجية تربطها بالطفل. حيث تبدأ حياة الطفل بعلاقات بيولوجية حيوية تربطه بأمه. تقوم في جوهرها على إشباع الحاجات العضوية للطفل. كالطعام والنوم والدفع ثم تتطور هذه العلاقات الى علاقات نفسية قوية وثقى.

وللأسرة وظيفة اجتماعية ونفسية هامة. حيث يوجد في المجتمع الواحد فروق في التنشئة الاجتماعية بين طبقة وطبقة وبين أسرة وأسرة والطبقة الاجتماعية الدنيا أكثر تسامحا في عملية التنشئة الاجتماعية. ونظام التغذية الذي تتبعه الأم مع الطفل في مرحلة الرضاعة يؤثر في حركة ونشاط الطفل. وأسلوب ضبط عملية الإخراج في الطفولة يرتبط في الطفولة بالبخل والحرص والترتيب والنظام في الكبر ويجب اعتدال الوالدين في التدريب على الإخراج. وكلما كانت عملية التنشئة الاجتماعية للطفل سليمة كلما قل نبذ الوالدين له. وكلما كانت اتجاهاتهم متعاطفة. وكلما قل الإحباط في المنزل قل الدافع إلى العدوان عند الطفل وللتنشئة الاجتماعية أثر في الميل إلى العدوان وضبطه عند الأفراد. والحماية الزائدة من جانب الوالدين لأطفالهم والتزمت والتشدد في نظام الرضاعة والفطام تؤدي إلى الاعتماد على الغير والانتكالية. وتربية الأطفال في المؤسسات تجعلهم أكثر ميلا إلى البلادة وأكثر عزوفا عن التفاعل الاجتماعي وأكثر انتكالية وأكثر حاجة إلى انتباه الآخرين ومودتهم. والمستوى الاجتماعي الاقتصادي المتوسط والأعلى والاستقرار الاقتصادي أفضل بالنسبة للصحة النفسية للطفل.

وللعلاقة بين الوالدين أثر قوي على الطفل؛ فالسعادة الزوجية تؤدي إلى تماسك الأسرة بما يخلق مناخا يساعد على نمو الطفل إلى شخصية متكاملة ومتزنة. والوفاق والعلاقات السوية بين الوالدين تؤدي إلى إشباع حاجة الطفل إلى الأمن النفسي وإلى توافقه النفسي. والاتجاهات الانفعالية السوية واتجاهات الوالدين الموجبة نحو الحياة الزوجية ونحو الوالدية تؤدي إلى استقرار الأسرة والصحة النفسية لكافة أفرادها. والتعاسة الزوجية تؤدي إلى تفكك الأسرة بما يخلق مناخا يؤدي إلى نمو الطفل نمو نفسيا غير سوي. والخلافات بين الوالدين تعكس صفاء جو الأسرة مما يؤدي إلى أنماط من السلوك المضطرب لدى الطفل كالغيرة والانانية والشجار وعدم الاتزان الانفعالي. والمشكلات النفسية للزوجين والسلوك الشاذ الذي قد يقوم به يهدد استقرار المناخ الأسري والصحة النفسية لكافة أفرادها.

وعلاقة الطفل بوالديه أثر واضح على صحته النفسية؛ فالعلاقات والاتجاهات المشبعة بالحب والقبول والثقة تساعد الطفل في أن ينمو إلى شخص يحب غيره ويتقبل الآخرين ويثق فيهم. والعلاقات السيئة والاتجاهات السالبة والظروف غير المناسبة تؤثر تأثيرا سيئا على النمو النفسي وعلى الصحة النفسية للطفل.

(2 - 2) نظريات تفسير النمو:

(1) نظريات النضج والنمو العضوي النفسي:

تحدث جيزل عن النضج وقال بأن كلمة نضج Maturation تطلق على عمليات النمو التي تتمخض عن تغيرات منتظمة في سلوك الفرد. والتي تكون مستقلة استقلالاً نسبياً عن أي تدريب أو خبرة سابقة (المليجي، 1993). مما يشير إلى وجود أنماط سلوكية تحدث نتيجة عملية نمو داخلية لا علاقة لها بالتدريب. أو أي عامل آخر خارجي.

وشدد سيرز على تأثير الوالدين على نمو شخصية الطفل - فطريقة التربية التي يتبعانها هي التي تحدد طبيعة نمو الطفل. وبالتالي، فإن اختلافات الشخصية بين الأفراد ترجع بدرجة كبيرة إلى الاختلافات بين الوالدين في تناولهم مختلف أشكال المعلومات حول وسائل تربية الطفل.

وركزت نظرية التحليل النفسي على المجالات اللاشعورية من الشخصية. والصراعات النفسية المؤلمة. وتلعب الحوافز الجنسية دوراً هاماً في صياغات فرويد. واستخدم وصف: جنس Sexual لكل الأحداث والأفكار السارة. واستخدم كلمة حافز Drive للحوافز الأساسية للفرد وتضمن العدوان بينها. (Cicchetti & Toth, 2003)

وقدم ادوارد ولسون نظريته حول التطور الارتقائي الثقافي Culture evolution للسلوكيات الاجتماعية. ارتكزت على تطور الأنواع من أصولها إلى شكلها الحالي Phylogeny أكثر من تركيزها على تطور الفرد Ontogeny فالتطور أو التغير يحدث عبر الأجيال بدلاً من كونه يحدث أبان حياة الفرد الواحد.

(2) نظريات النمو النفسي الاجتماعي:

تستمد نظريات النمو النفسي الاجتماعي جذورها من التحليل النفسي. وقرتبط باتجاهات أخرى هامة كالاتجاه الأنثروبولوجي والاجتماعي. كما تستند إلى حقيقة أن الشخصية في نموها تتبع المبادئ البيولوجية. بمعنى أن لكل جزء وقته الخاص. فإذا لم ينهض في وقته المحدد. فلن تتاح له الفرصة لأن يتكون تكويناً كاملاً. ويؤثر الجزء الذي يفوت عليه وقت النمو أو الذي يتعرض للتلف خلال فترة نموه في الكل الذي يتكون من أعضاء يعتمد بعضها على بعض. أن السرعة والتتابع السوي ضروريان من أجل قيام الكائن الإنساني بوظائفه بشكل متسق. (ملحم، 2013).

وقد أشار إريك إريكسون (Erik H. Erikson (Broadzinsky, et al., 2006). في نظريته إلى أن النمو عملية مستمرة كل مرحلة منها جزء متساو من الاستمرارية. وأن كل

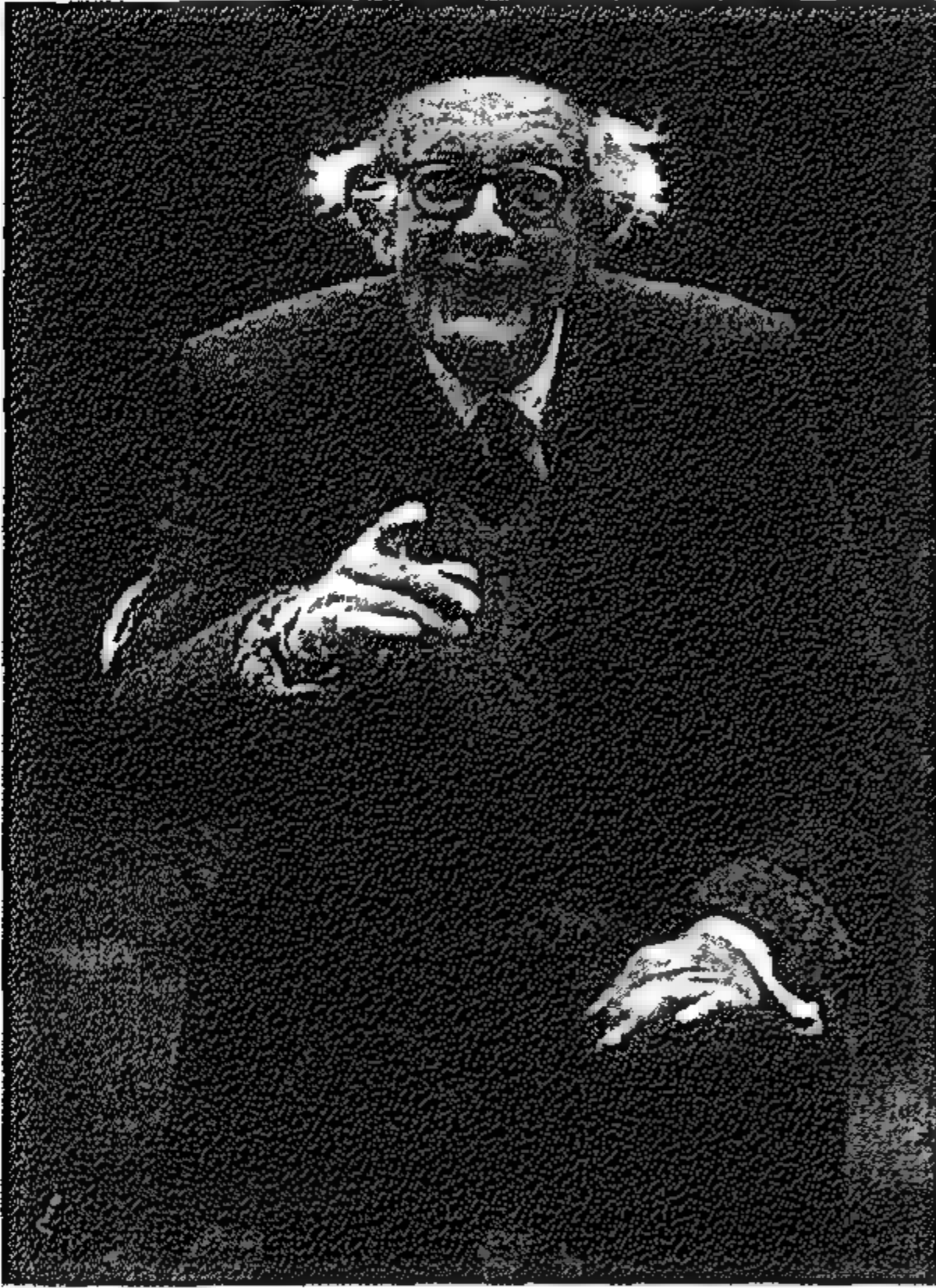
النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

مرحلة تجد سوابقها في المراحل السابقة. وتجد حلها النهائي في المراحل التالية لها. وفي كل مرحلة متتابعة إمكانية حلول جديدة لمسائل سابقة. وأن الفرد ينمو إلى مرحلة تالية بمجرد أن يكون مستعدا بيولوجيا ونفسيا واجتماعيا لذلك. (Erickson & Erickson. ; 1981)

(3) نظريات النمو المعرفي:

أشار علماء النفس إلى أن الوليد يملك الخبرة الحسية والعمليات الإدراكية اللازمة لاكتساب المعرفة ببيئته. ولكن يبدو أن الحواس البصرية والسمعية واللمسية والشمية والتذوقية تعمل بدرجات متفاوتة في الطفولة المبكرة وتزداد حدة مع تقدم السن والخبرة. ومن أجل ذلك يناقش علماء النفس كيف يقوم الطفل بتطوير هذه التكوينات وكيف تؤثر هذه التغيرات النمائية في المعرفة والعمليات المعرفية. وكيف تؤثر على الأداء في عدد من الواجبات المختلفة.

من بين العديد من أصحاب النظريات المعرفية سوف نتحدث عن أعمال جيروم برونر وهانز وارنر وجان بياجيه. والذين جمعت بينهم افتراضات أساسية حول اكتساب المعرفة لدى الفرد (Mason & Gibbs, 2003):



- يتضمن اكتساب المعرفة وجود متعلم نشط يعمل مع وجود استجابة للبيئة وتنتج المعرفة من تفاعل متطلبات البيئة مع قدرات المتعلم.
- يطرد النمو من استجابات منعكسة بدائية. غالبا ما تكون مرتبطة بمثير إلى مستويات متزايدة من التمثيل والتجريد.
- يحدث النمو بطريقة مرحلية هرمية. تسيطر فيها المرحلة العليا التالية على المراحل السابقة لها. ولكنها في نفس الوقت تعتمد على هذه المراحل.

- للسلوك بعض السوابق البيولوجية التي لا يمكن تحقيقها دون إثارة بيئة مناسبة.

(4) نظريات النمو اللغوي:

قدم واطسون Watson نظريته السلوكية منذ العام 1924 والتي عرفت آنذاك بنظرية التعلم. اعتبر فيه أن التفكير بمثابة كلام الفرد إلى نفسه. أو هو الكلام ناقص الحركة. وحاول تفسير السلوك اللفظي في ضوء تشكيل العادات. وتدخل المعززات المختلفة بين المثيرات

الوحدة الأولى

والاستجابات لإحداث التشريط. وبناء على ذلك. فإن اللغة تمثل استجابات يصدرها الكائن ردا على مثيرات تأخذ شكل السلوك الخاضع للملاحظة المباشرة.

وقدم بافلوف مبادئه في التعلم الشرطي موضحا ان الاستجابات اللفظية عندما تدعم (تعزز) تميل الى التكرار شأنها شأن بقية الاستجابات.

ويعد سكينر Skinner أبو النظرية الاشتراطية الإجرائية الذي استخدمها في تفسيره لاكتساب اللغة. واعتبر اللغة فصل من فصول التعلم. وان كافة أنماط التعلم بما فيها اللغة تخضع للتغير الذي يضعه التعلم الإجرائي من الاستجابات الإجرائية التي يليها تعزيز مستمر. أما تلك التي لا يليها تعزيز تتلاشى. وان هذا التعزيز مصدره أولئك الذين يحيطون بالطفل ويأتي على شكل ابتسامات وضحكات وأصوات التشجيع والأحضان. وميز سكينر بين ثلاث طرق يتم فيها تشجيع تكرار استجابات الكلام هي:

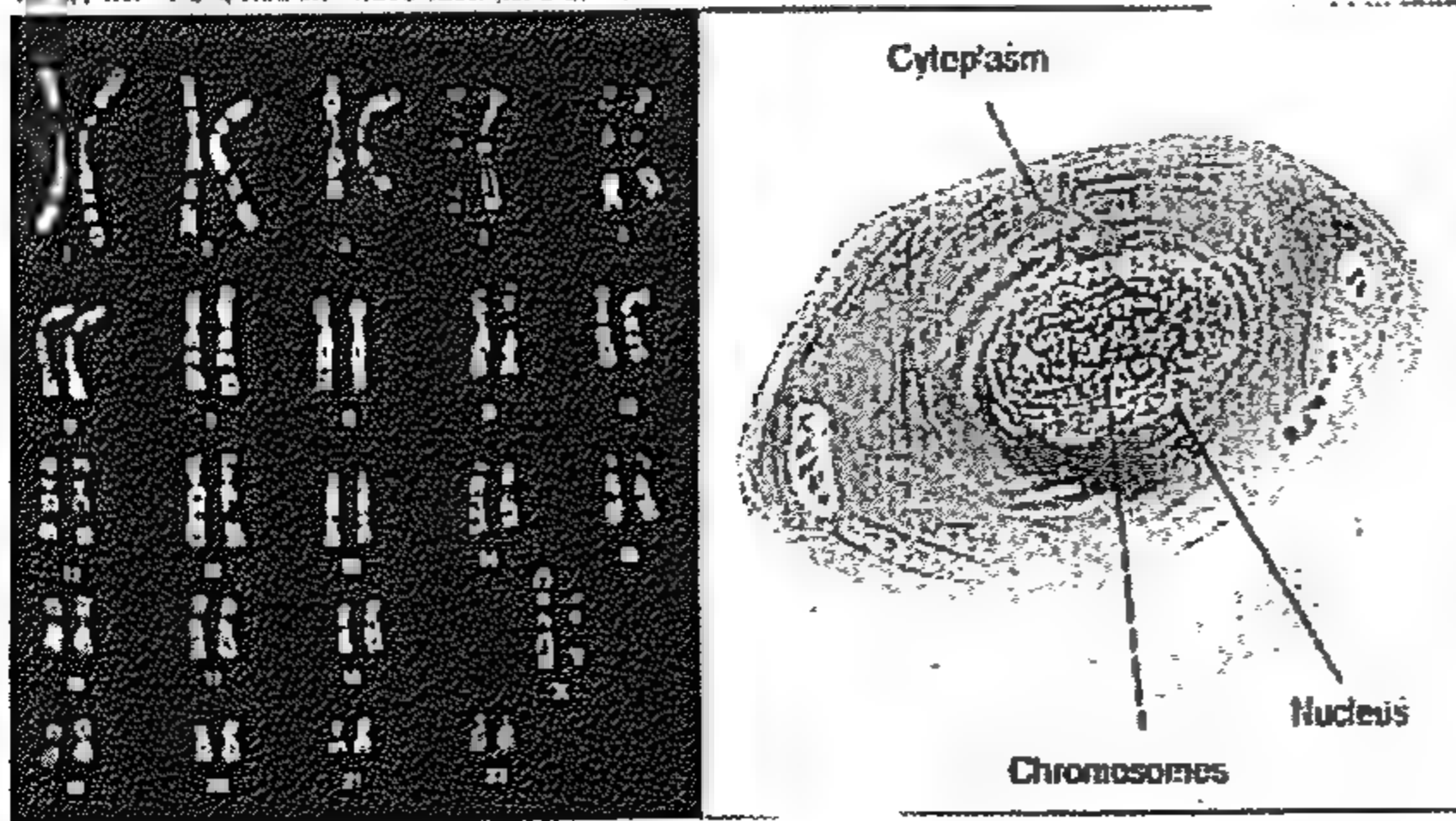
■ الأولى: قد يستخدم الطفل استجابات ترددية حيث يحاكي صوتا يقوم به آخرون يظهرون التأييد فورا. وتحتاج هذه الأصوات لأن تتم في حضور شيء قد ترتبط به.

■ والثانية: تتمثل في نوع من الطلب حيث تبدأ كصوت عشوائي وتنتهي بارتباط هذا الصوت بمعنى لدى الآخرين.

■ والثالثة: تظهر فيها الاستجابة المتقنة. وتتم بإحدى الاستجابات اللفظية عن طريق المحاكاة عادة في حضور الشيء (يوسف، 1990).

وأكد باندورا (Bandura, 1977) على دور التعلم من خلال الملاحظة Observational learning مفترضا أن الأطفال ترقى لغتهم بصفة أساسية بتقليد المفردات والتراكيب اللغوية التي يستخدمها الآباء والآخرون في الحياة العادية.

ويرى علماء علم الأعصاب ان الدراسة المباشرة للدماغ تمثل الطريق الوحيد لفهم اسباب



السلوك. رافضين بذلك وجهة النظر السلوكية التي ترى ان السلوك هو نتاج عوامل بيئية خارجية فقط. مشيرين الى ان الدماغ ليس حاسوبا. بل هو جهاز ذاتي التنظيم. وأن الدماغ يتغير عبر دورة حياة الانسان تبعا لما يتعرض له من جهود وتركيزات

عقلية. وكلما شغلنا الدماغ اكثر كلما غيرنا في تركيبه اكثر وكلما طورنا انماطا من

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

الترابطات وسهلنا تكرارها. وان السنوات الثلاثة الاولى من عمر الطفل تعتبر حاسمة في تطور دماغه وان سرعة توليد خلايا الدماغ في مرحلة المضغة تصل في حدود 250000 خلية في الدقيقة. وان التعلم يتم عبر شبكة من الوصلات بين الخلايا العصبية. فالخلية الواحدة بإمكانها ان تشكل شبكة تضم (15000) خلية أخرى. في الفترة ما بين الميلاد والشهر الثامن من العمر ويزيد عدد هذه الشبكات من خمسين تريليون الى (1000) تريليون مما يقدم مؤشرا على قدرة الدماغ الانساني على التكيف مع اي بيئة يوضع فيها.

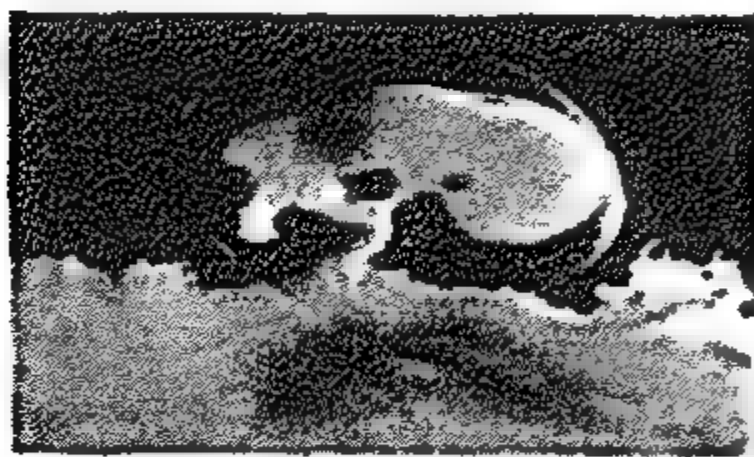
ويعتبر كل من تشومسكي Chomsky، ولينبرج Lennberg. من مؤسسي النظرية التوليدية والتحويلية التي تعتبر من اكثر النظريات الألسنية انتشارا في الوقت الحاضر. والتي ترجع النمو اللغوي إلى العوامل العقلية الفطرية. حيث ركز أصحاب هذه النظرية على التركيب الداخلي للغة. وعلى الأنماط العامة للنمو اللغوي والتشابه الأساسي بين كل اللغات. والعلاقة بين نضج الجهاز العصبي والقدرة اللغوية.



First month



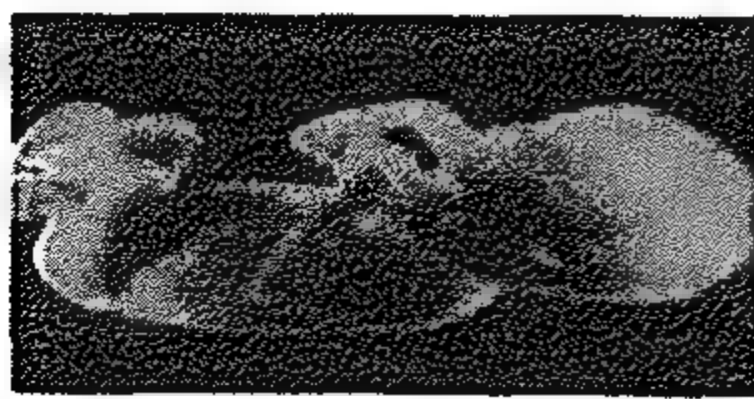
Second month



Third month



Fourth month



Fifth month

واهتم أتباع النظرية المعرفية بالنمو المعرفي كأساس لجوانب النمو الأخرى. ومنها اللغة (فاللغة نتاج مباشر للنمو المعرفي) ويرون ان مراحل النمو حلقات مختلفة تقوم على عدم الاستمرارية فكل طبيعتها. وكذلك يعتقدون بأن النمو حصيلة التفاعل بين الفرد والبيئة. ومن بين الذي اسهموا في تفسير وجهة النظر المعرفية للنمو اللغوي:

وكان بياجيه من ابرز الباحثين الذين ربطوا نمو اللغة بالنمو المعرفي. مشيرا الى أن النمو بجميع جوانبه يخضع للتفاعل بين الفرد بمكوناته وبين البيئة بعناصرها. فرغم اتفاق الأفراد فيما يتعرضون له من خبرات مادية واجتماعية إلا ان ما يتميز به كل منهم من خصائص وقدرات تجعل ناتج التفاعل من هذه الخبرات متباينا كيفما وكما.

وقدم فيجوتسكي Vygotsky رأيا مختلفا عن بياجيه. وقال بأن اللغة والفكر ينشآن على مرحلتين مختلفتين هما:

- المرحلة قبل العقلية Prelinellectual stage: ويطلق عليها أحيانا فكر ما قبل اللغة.
- المرحلة قبل اللغوية Prelinduistic stage: ويطلق عليها أيضا كلام ما قبل العمليات العقلية.

ويرى فيجوتسكي ان التفكير نشاط يعتمد على الكلام الداخلي (التحدث الى النفس) والكلام الخارجي (التحدث مع الآخرين). وهذا التوحد بين اللغة والفكر يساعد على تفسير سرعة استخدام الأطفال لمفردات جديدة. في وقت يشتد فيه حجب الاستطلاع حول الناس والأشياء. (Gormly, 2007)

(5) نظريات النمو الخلقى:

تعتبر نظرية لورنس كولبرج Lawrence Kolberg (1927 – 1987) أحدث نظريات النمو الخلقى ونمو التفكير الخلقى بشكل خاص. كما أنها تعتبر أكثر النظريات ثراء من حيث استشارتها للبحث في التفكير الخلقى. وقد طور كولبرج تصور بياجيه عن نوعي الأخلاقية وقدم تصوره الخاص من ست مراحل لنمو التفكير الخلقى يمكن تصنيفها الى ثلاث مستويات. تبدأ من منظور التمرکز حول الذات، ثم المنظور الاجتماعي وأخيرا المنظور الإنساني العالمي. كما سعى الى تقديم استبصار أكبر بأثر القوى الاجتماعية والخبرة على النمو الخلقى. وكان اتجاه كولبرج في فهم استجابات الأفراد للمشكلات الخلقية شأنه شأن بياجيه يعتمد على تحليل الأبنية العقلية وأنماط التفكير الكامنة وراءها.

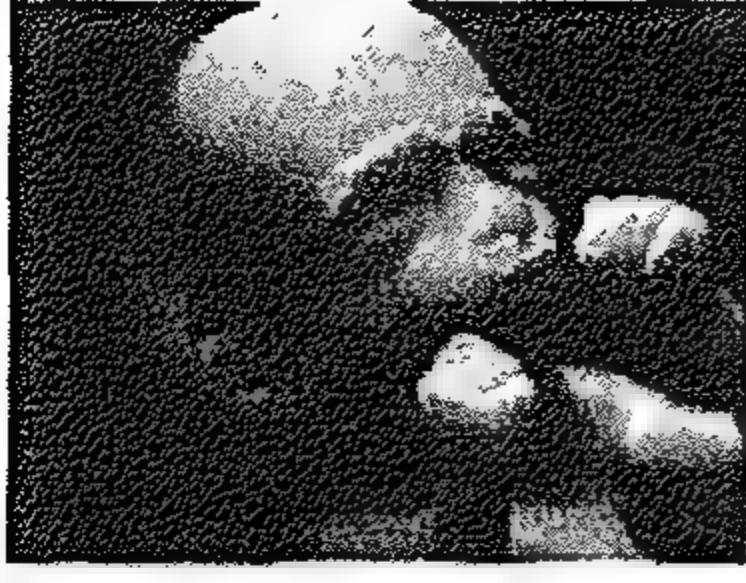
(2 – 3) دورة حياة الإنسان (من الخلق حتى الممات):

(1) المرحلة الجنينية:

تبدأ حياة الإنسان عند بداية الحمل حينما يتحد واحد من حوالي 360 مليون حيوان منوي من الأب مع بويضة من الأم مكونين خلية واحدة ملقحة تسمى الزيجوت أو اللاقحة (النطفة). وتكون البويضة والحيوان المنوي بواسطة خلايا تكاثر تعرف بالخلية الجرثومية. (Hurlock, 1991). ويمر الجنين بمراحل نمو متتابعة حيث تفرز الأنثى البالغة الصحيحة جسميا من المبيضين في قناة فالوب بويضة تامة النضج كل 28 يوم (كل أربعة أسابيع) على وجه التقريب. فإذا اتصلت بالحيوانات المنوية التي تفرزها خصيتا الرجل أثناء الاتصال الجنسي. ونجح أحد هذه الحيوانات المنوية في اختراق جدار خلية البويضة القادمة من أحد المبيضين عبر قناة

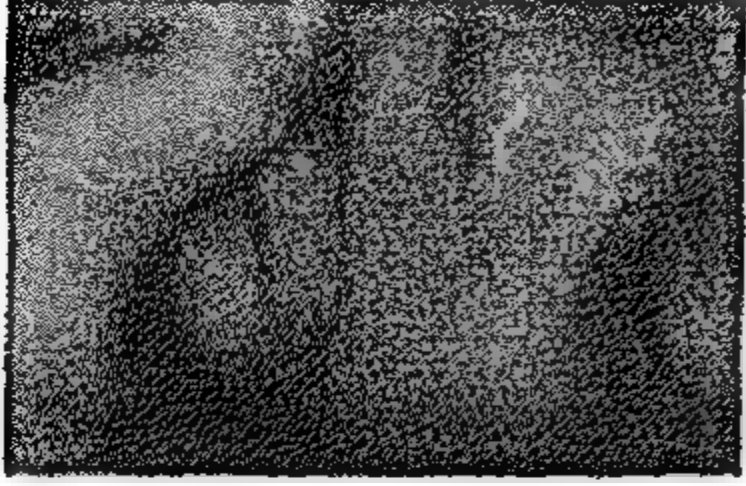
النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

فالوب في طريقها الى الرحم مدفوعة بحركة الأهداب وتقلص عضلات القناة (خلال ثلاثة أيام من الجماع يحدث الحمل. (Owens, 2006)



Sixth month

وحيث تتصل النطفة الأنثوية (البويضة) بالنطف الذكورية (الحيوانات المنوية) وينجح أحدها في اختراق جدار خلية البويضة يحدث الحمل Conception وفي هذه العملية تندمج نواتا الخليتين لتصبح أول خلية في حياة الإنسان. وهذا يسمى الإخصاب Fertilization وإخصاب البويضة بالحيوان المنوي يحدث عادة في قناة فالوب. وبعد الإخصاب مباشرة تبدأ الخلية الجديدة رحلتها إلى الرحم.



Seventh month



Eighth month



Ninth month

وحيث تلتصق العلقة بجدار الرحم تبدأ عملية التغذية وهو ما لم يكن موجودا في الطور السابق. حيث كان تكاثر النطفة الأمشاج. وطوال فترة الأيام الستة الأولى من حياة الجنين عن طريق الانقسام. إلا أن طور العلقة لا يتجاوز قطره أجزاء من المليمتر. ويمتد طور العلقة لمدة أسبوع. وبنهايته يكون الجنين قد بلغ من العمر

15 يوما تقريبا. وعندما تلتصق العلقة بجدار الرحم في اليوم السابع من الحمل تقريبا يمكن لها الاستمرار في الحياة. بسبب التغذية التي تأتيها من الرحم. وفي هذه الفترة الحرجة من الحمل يتم إفراز هرمون يمنع الأم من إفراز العادة الشهرية ويتوزع على جسم الأم كله ويظهر في البول. ويظهره تكون علامة إيجابية على الحمل في الاختبارات التي يجريها الأطباء.

يبدأ طور المضغة في الأسبوع الثالث من الإخصاب بعد تعلق الكرة الجرثومية بالرحم حيث تتكون كتل داخلية من الخلايا نتيجة نشاط ما يسمى الشريط الأولي Primitive steak ويؤدي تمايز هذه الطبقات إلى ظهور ما يسمى الكتل البدنية Semites التي تبدأ بالتكثف حول المحور ثم تنمو بسرعة على جانبيه. وتلامس الشق العصبي Neural groove وتبدأ هذه الكتل في الظهور من أعلى بعد انقضاء ثلاثة أسابيع تقريبا على الحمل. وتظهر منها أولا كتلتان: واحدة على كل جانب. ثم يتوالى ظهورها تباعا.

ومع نهاية الشهر الأول من حياة الجنين تتمايز هذه الكتل إلى ثلاث طبقات هي:

■ **الطبقة الخارجية Ectoderm:** والتي منها ينمو بعد ذلك الجلد وأعضاء الحس والجهاز العصبي.

■ **الطبقة الداخلية Endoderm:** والتي منها تنمو فيما بعد الأجهزة الهضمية والتنفسية والغدية.

■ **الطبقة المتوسطة Mesoderm:** التي منها تنمو فيما بعد الأجهزة الدورية والإخراجية والعضلية.

وتستغرق مرحلة تكوين العظام والعظلات (اللحم) ، الأسبوع الخامس والسادس والسابع. فبعد أن تتكون المضغة تتكثف الطبقة المتوسطة التي بجانب المحور على هيئة كتل بدنية. وتنقسم الكتل البدنية في الطبقة المتوسطة إلى قسمين هما:

وبعد أن تكون المضغة قد اكتمل نموها وتحولت إلى كتلة منتفخة لها الشكل الإنساني (أي الجنين) بسبب تكون العظام وكسوتها بالعضلات تدخل طوراً جديداً في حياة الإنسان هو طور التسوية. ويبدأ طور التسوية في بداية الشهر.

(2) المهد:

تعتبر الولادة حدثاً هاماً. نظراً للتأثيرات التي يتعرض لها الوليد في أثنائها. فبعد أن



ظل الجنين في بطن أمه تسعة أشهر تكون المرأة الحامل قد تهيأت جسمياً ونفسياً لعملية الولادة. فيزداد نشاط الغدة النخامية التي تقوم في هذه الفترة بإفراز هرمون أوكسيتوسين Oxytocin الذي يساعد على تقبض عضلات الرحم. ويزداد نشاط وفعل

المبيضين بصفة خاصة. والتي تفرز هي أيضاً هرمون الاستروجين مما يعد المرأة لعملية الولادة. ويتميز الوليد بعدد من الخصائص الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية وتظهر الفروق واضحة بينه وبين غيره في هذه الخصائص.

فعندما يخرج الوليد من بطن أمه. فإنه يكون كامل التكوين من الناحية الجسمية وأن أجهزته تكون كاملة ومستعدة للعمل. ويكون الجلد مجعداً تغطيه مادة دهنية شمعية لونها

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

ضارب للحمرة، وتزول تلقائيا بعد عدة ساعات من ولادته. والاطراف: غير متماسكة حيث يميل الذراعان والرجلان الى الانثناء معظم الوقت.

ويلاحظ على الرجلين تقوسهما قليلا. فالعظام: ليننة. وعظم الرأس غير ملتحمة ويتم التحامها في السنة الثانية من عمر الوليد. ويلاحظ وجود فجوة يحميها غشاء متين تحت الجلد. والعضلات: ضعيفة لا يسيطر الوليد على حركتها وتتعب بسرعة. والشعر: ناعم ويغطي اجزاء الجسم. كما تختلف نسب الجسم عن نسب جسم البالغ. فحجم الرأس كبير بالنسبة للجسم وحجم العينين نصف حجمها عند البالغ. (Berk, 2007)

يتركز سلوك الوليد في هذه المرحلة على المص والبلع والهضم والاخراج والنوم. وهي متصلة جميعها بالوظائف الفيزيولوجية للوليد. ويولد الطفل وقد اكتملت خلايا الجهاز العصبي ووصلاته العصبية. الا ان وظائف الجهاز العصبي لا تكون كاملة عند الميلاد. ويكون وزن المخ في هذه المرحلة حوالي 25% من وزنه عند الراشد. وهو يمتلك عددا من الحاجات الفيزيولوجية التي لا بد من اشباعها كي يحتفظ المولود بحياته وهي: حاجته الى كل من: الاكسجين، وتنظيم حرارة الجسم، والنوم، والغذاء، والاخراج.

وفي هذه المرحلة من العمر يقضي الوليد معظم يومه مستلقيا على ظهره. وهو عاجز تماما عن الجلوس او الانتقال من مكان لآخر. ويتميز سلوكه بحركات عشوائية تلقائية متنوعة سريعة غير منتظمة وغير متميزة. وتستثار تحت اي مثير. خاصة ما يتعلق منها بالمهيجات العضوية. ويرجع العلماء سبب ذلك الى عدم نضج جهازه العصبي. ومعظم استجاباته الحركية تحدث على شكل افعال منعكسة. مثل انعكاس المص والبلع ودفع الاشياء من الفم. والعطس. وقفل الجفن عند لمس العين او تعرضها لضوء ساطع. وانعكاس القبض او الامساك عند لمس راحة الكف. ويرتبط السلوك الحركي للوليد مثل: الفزع والابتسام والانتفاض والامتصاص الانعكاسي. بحالة حدوث هذا السلوك. حيث يزداد تكرار هذا السلوك في حالة النوم المنتظم ويقل كلما قرب الوليد من الاستيقاظ. (Park, 2005)

يولد الطفل وعقله صفحة بيضاء. ولديه الامكانيات العقلية والوراثية التي تعمل على تحديد نمو هذه الامكانيات كما وكيفيا. وتمثل صحيحة الميلاد بالنسبة للوليد بداية التنفس. وليست صحيحة الالم والاعتراض والاسف والخوف حيال الموت كما يراها عدد من المنظرين (وتكون ناتجة عن اندفاع الهواء بقوة عبر الحنجرة في طريقه الى الرئتين فتهتز الحبال الصوتية للمرة الاولى (Owens, 2006). (Behavenet. ;1997 – 2003). وتمثل الام في هذه المرحلة العامل الاكثراهمية في عملية التنشئة الاجتماعية للوليد. واي اختلاف في التنشئة يؤدي

بالضرورة الى اختلاف السلوك الاجتماعي للوليد. ويبرز هذا الاختلاف عند المقارنة بين المواليد في المجتمعات المختلفة. (Berk, 2007).

(3) الرضاعة Babyhood:



تمتد فترة الرضاعة من أسبوعين الى سنتين. وتعد من اهم مراحل الطفولة. وهي الاساس في تكوين شخصية الفرد فيما بعد. وعلى الرغم من ان هذه المرحلة لا تكون كلها رضاعة الا ان التسمية تطلق على الرضيع حتى وصوله العامين من عمره. ويعتبرها المنظرون مرحلة انطلاق القوى الكامنة كما انها مرحلة الانجازات الكبيرة حيث تشهد نموا سريعا وتأزرا حسيا حركيا ملحوظا في كافة الجوانب. كما يتم في هذه المرحلة تعلم الكلام واكتساب اللغة. ونمو

الاستقلالية والاعتماد على النفس. والاحتكاك الاجتماعي بالعالم الخارجي والتنشئة الاجتماعية. والنمو الانفعالي. والفطام ونمو الذات وتكوين مفهوم الذات الذي يمثل من وجهة نظر علماء النفس الحجر الاساس لبناء شخصية الفرد. (Berk, 2007). (Owens, 2006)

ويؤثر اضطرابات افرازات الغدد الصماء زيادة او نقصانا في نمو الرضيع. فالغدة النخامية تفرز هرمونات تؤثر على نمو الجسم والطول والوزن وتمثيل الكربوهيدرات والبروتينات. كما تفرز مجموعة من الهرمونات (تسمى بالهرمونات المدارية) تؤثر على أنشطة معظم غدد الجسم الاخرى. ونقص افرازات الغدة النخامية Pituitary من هرمونات النمو Gonadotrophic, Ant diuretic, Oxytocin والتي تعتبر همزة الوصل بين جهاز الغدد والجهاز العصبي. وتسيطر على نشاط الغدد الأخرى مثل الغدة الكظرية، والغدة الدرقية، والغدة التناسلية. وتتحكم في النمو. وتؤثر على ضغط الدم وتنظيم الماء. يسبب نقص افرازاتها تأخرا في النمو بصفة عامة. وزيادة افرازاتها تسبب العملاقة او الضخامة.

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

وتفرز الغدة الصنوبرية Pineal هرمونات الميلاتونين Melatonin والسيروتونين Serotonin ونورادرينالين Noradrenalin. ونقص افرازاتها تؤثر في الحالة الانفعالية للفرد. وزيادة افرازاتها تسبب اضطرابات في النمو. وتفرز الغدة الدرقية هرمون الثيروكسين Thyroxine ويسبب نقص افرازات الغدة الدرقية Thyroid من هرمون الثيروكسين Thyroxine حالة من الضعف العقلي (القزامة أو القصاع) ويفقد الطفل حيويته ويقظته وتعرف هذه الحالة بالمكسدين Myxedema وفيها يصبح الفرد غبيا ولا يستطيع التذكر أو التركيز أو التفكير. وزيادة افرازاتها تسبب زيادة الايض (التمثيل الغذائي) والجويتر (أي تضخم الغدة الدرقية). وفي هذه الحالة يصاب الفرد بعدم الاستقرار الانفعالي والقلق ويصبح متوترا سريع التهيج العصبي. وفي حالة اصابة الغدة الدرقية في فترة الميلاد أو في مرحلة الطفولة المبكرة. فإن النمو الجسمي يصاب بالاضطراب وعدم التناسب بين اعضاء الجسم ولا ينمو الذكاء وتسمى في هذه الحالة بالقصاع Cretinism (القزمنة) وقد تمكن العلماء من علاج المكسدين باعطاء المريض جرعات من هرمون الثيروكسين لاعادته الى حالته الطبيعية.

ونقص افرازات الغدة جارات الدرقية Parathyroid التي تفرز هرمون الباراثورمون Parathormone الذي ينظم أيض الكالسيوم والفوسفور يسبب الكزاز أو التتanos (تقلص العضل) والموت. وزيادة افرازاتها تسبب الجويتر (تضخم الغدة الدرقية) كما تسبب هشاشة وتشوه العظام. أما الغدة التيموسية Thymus فإن نقص افرازاتها يسبب البكور الجنسي. والغدتان الكظريتان - القشرة الكظرية والنخاع الكظري - فيكونان جزءا من الجهاز العصبي السمبثاوي. ويشير بعض العلماء الى ارتباط الغدتين برود الفعل الانفعالية. فعندما يفرز الأدرينالين في مجرى الدم يقوم التركيب العضوي بالاستعداد اما للهرب أو لنشاط عدواني. وفي نفس الوقت يحدث ازدياد في سرعة نبضات القلب وفي ضغط الدم. وزيادة في افراز السكر وارسال كميات اكبر من الأكسجين الى الرئتين. وتحويل كميات من الدم الى العضلات الكاسية للهيكل العظمي. وحجم الغدتين الكظرتين يكون كبيرا عند الولادة ويتضاءل حجمهما تدريجيا مع العمر. ونقص افراز الغدة الكظرية Adrenal التي تفرز هرمونات الكورتيزون Cortisone والابينيفرين Epinephrine يسبب مرض اديسون ومن اعراض هذا المرض اضطراب الهضم والانيميا والضعف الشديد وانخفاض ضغط الدم. وزيادة افرازها يسبب زيادة واسراع النمو الجنسي.

وزيادة افرازات غدة جزر لانجرهانز Islets of Langerhans التي تفرز هرمونات الانسولين Insulin والجلوكاجون Glucagons يسبب غيبوبة الانسولين. ونقص افرازاتها يسبب مرض السكر.

أما الغدة التناسلية فانها تفرز هرمونات الاندروجينز Androgens المسؤول عن النمو والاستروجينز Estrogens ووظيفته التكاثر عن طريق البويضات عند الانثى والحيوانات المنوية عند الذكر، والبروجيسترون Progesterone ونقص افرازاتها يسبب نقصا في نمو الخصائص الجنسية الثانوية، كما قد يسبب الضعف الجنسي والعقم. وزيادة افرازاتها يسبب البكور الجنسي. ويصاحب كلا الحالتين اضطرابات نفسية.



ويتمكن الرضيع في هذه المرحلة من ضبط حركة الجسم خاصة العضلات الارادية ويتوقف النمو الحركي على التحسن المستمر في التأزر الحسي العصبي العضلي. كما تتميز هذه المرحلة بالنمو السريع للوظائف الحسية وازدادة المعاني للمثيرات الحسية. ويلاحظ على الرضيع قدرته على تمييز الدرجات المختلفة للاصوات المتباينة وادراك

الفروق بين الاصوات المتباينة في شهره الرابع. كما يمكنه تحديد مصدر الصوت مع بداية الشهر الخامس من عمره. ويلاحظ عليه استمتاعه بالاصوات الايقاعية الجميلة وشعوره بالارتياح والاسترخاء

ويزداد الادراك البصري تمايزا ووضوحا لدى الرضيع في هذه المرحلة. كما تنمو الكفاية البصرية لديه بسرعة. ويلاحظ عليه بداية ظهور نموه العقلي خاصة في الذكاء والتعلم والتذكر والفهم. أما الرضع المتخلفون عقليا فانه يمكن التعرف عليهم عن طريق اخصائي مدرب باستخدام اختبارات الذكاء المتخصصة بقضايا التخلف العقلي. وللحواس في هذه المرحلة أهمية كبيرة في التعرف على الأشياء المحيطة بالرضيع في بيئته.

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

وقد حدد الباحثون المراحل التي يمر بها الطفل في تعلم اللغة وارتقائها. من انتباه تلقائي، الى تمييز صوتي، ثم تقليد جوانب الكلام، وتزامن الحركة مع أنماط الكلام. وحدد الباحثون المراحل التالية لإنتاج الأصوات في العام الأول من عمر الوليد هي:

- الصياح Crying: الذي يبدأ مع الميلاد.
- الأصوات الأخرى التي تشبه الهديلز وتبدأ مع نهاية الشهر الأول من العمر.
- المناغاة Babbling: التي تبدأ في منتصف العام الأول.
- الكلام المشكل Patterned: (المنمط) الذي يبدأ مع نهاية العام الأول من العمر.



ويلاحظ على الرضيع تباين انفعالاته وتركيز استجاباته الانفعالية في راحته الجسمية وتغذية جسمية. وعند الميلاد تتشكل مرحلة التهيج او الاستثارة العامة. ثم يظهر بعد ذلك الانشراح والانقباض. ثم الغضب والتقزز والخوف. ثم البهجة والعطف نحو الكبار ثم الغيرة والفرح (Champion, 2000). وتتداخل النواحي الانفعالية والجسمية خلال السنة الأولى من عمر الوليد حيث يلاحظ عليه الاسراف الانفعالي وقوة الانفعالات والعواطف. كأن يضحك كثيرا ويبكي كثيرا. وتسهل استثارته ولكن سرعان ما يهدأ وكأن شيئا لم

يكن. وتناسب قوة الاستجابات الانفعالية مع عمق ادراك الرضيع للموقف. يلاحظ ظهور انفعال الفرخ لديه نتيجة لراحته الجسمية فيكون التعبير عن حالة الفرخ هذه بالايتهامة. ويتم التعبير عن الفرخ مع النمو بالضحك عندما يكلمه الآخرون او يلاعبونه. أو عندما ينجح في انجاز عمل معين. كأن يقف وحده أو يتسلق قطعة من الاثاث. ويكون البكاء غالبا بسبب الجوع أو التبلل أو

اي تعب داخلي. ومع نهاية الشهر السادس من عمر الرضيع تقل كمية البكاء عنده ويستمر كذلك مع النمو. وتخف حدة التعبير الجسدي الشامل المصاحب له. (Maye, et al. ; 2009).

(4) الطفولة المبكرة:

بانتهاء السنة الثانية تنتهي مرحلة الرضاعة (الحضانة) لتبدأ مرحلة جديدة تمثل أهمية خاصة. فالحالة الجسمية أصبحت أكثر قدرة على الحركة، وأكثر قدرة على الكلام. وأكثر قدرة على التعبير عن النفس. وأكثر ارتباطاً بالواقع الذي يعيشه. وأكثر فهماً لهذا الواقع. وفي تلك المرحلة تزداد القوة العضلية للطفل بحيث تجعل الحركة أكثر سهولة ومرونة. ويؤثر نمو المهارات الحركية للطفل على جميع مظاهر النمو الأخرى. وكلما اتسع نطاق البيئة التي يتحرك فيها الطفل كلما ازدادت خبراته ونما عقليا. ويستطيع ان يعتمد على نفسه في تناول طعامه ولبس ملابسه. واستخدام الحمام. وما إلى ذلك. مما يدعم محاولاته للاستقلال عن الكبار. ويزداد إقبالاً على اللعب مع رفاقه وتزداد شعبيته ومكانته الاجتماعية بين رفاقه. ويزداد الهيكل العظمي نضجاً ويبدأ جزء كبير من الغضاريف في الهيكل العظمي للتحول الى عظام. لكنه يبقى غير ناضج. بينما تزداد عظام الجسم حجماً وعدداً وصلابة مع النمو.

ويتسم أطفال هذه السن بالفضول والحاجة الى البحث والاستكشاف. وكثيراً ما تكون أسئلتهم كثيرة وغير متصلة بالموضوع المطروح. وهم يحبون عالم الخيال. ويعتبر التردد أحد سمات هذه السن. ولكن الأطفال يتعلمون الإتيان بالاختيارات الحكيمة. وهم يتسمون بالفضول.. ويتسع مدى انتباههم ويولعون بالقراءة والكتابة. ويستمتعون بالغناء وسماع القصص.

تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة تنشئة اجتماعية حيث يتعلم الطفل الآداب الاجتماعية العامة وكيفية التعامل مع الآخرين والأشياء، ويتعلم القيم والأدوار الاجتماعية والتمييز بين الصبح والخطأ. ويلعب الابوان دوراً بارزاً في هذه المرحلة. فهما يمثلان نماذج الدور الاجتماعي وينقلان للطفل الاتجاهات والقيم عن طريق التدريب وممارسة العقاب والثواب والتقمص. وأكد الباحثون على دور الوالدين كنماذج وكمعززين للسلوك الاجتماعي. والتأكيد على عملية التفاعل الاجتماعي بين الطفل ووالديه. فلا يقتصر الأمر على ان الوالدين ينشأن الطفل اجتماعياً، بل ان الطفل أيضاً ينشئهما اجتماعياً. (Hetherington & Parke, 2006) (Martin & Pear, 2003) وكنتيمة للتفاعل الاجتماعي المتبادل بين الطفل ووالديه. فقد بدأ علماء النفس يتراجعون تدريجياً عن فكرة نموذج السببية للوالد Parent causation model والتي بمقتضاها يتسبب الوالدان في ان يسلك الطفل سلوكيات معينة وبطريقة معينة.

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

ويمكن النظر الى أساليب التفاعل بين الوالدين وطفلهما من جوانب متعددة. فقد صاغ كل من هوفمان (Hoffman, 1974) وسالتزستين Saltzsien, 1967 ثلاثة أساليب مختلفة يستخدمها الوالدان مع طفلهما: تمثلت في الآتي:

■ التأكيد على القوة Power assertion: باستخدام العقاب البدني، الحرمان من الأشياء المرغوب فيها أو التهديد بها. بحيث يسيطر الوالد على طفله بسبب ضعف الطفل وليس من خلال الذنب الذي ينجم عن تعرف الطفل على ذاته في والديه.

■ التأكيد على انعدام القوة، والسيطرة من خلال سحب الحب Love – withdrawal: كالتجاهل، والعزل، والتعبير عن عدم الرضا.. الخ. كما يعكس تأكيد فرض السيطرة من خلال سحب الحب لفترة زمنية طويلة فاعليته في حالة العقاب البدني.

■ الاستقراء Induction: وعندما يفسر الوالدان لماذا يجب ان لا يقبل الطفل على سلوك ما، (كتحذير الطفل من النتائج الخطرة للمس موقد ساخن، أو اللعب بأسلاك كهربائية، ومخاطر الجري داخل المنزل أو في شارع عام.. الخ) فإن الوالد انما يستخدم السيطرة الاستقرائية محاولا بذلك اقناع طفله بتغيير هذا السلوك.

ومما لا شك فيه ان البحث في مسألة النمو الاجتماعي للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة يتزايد يوما عن آخر. خاصة ما يتعلق منها بالتعلق الوالدي وثباته مع الزمن. (Martin&Pear, 2003) وطبقا لنظرية فرويد فان الاطفال الصغار مهيتون بيولوجيا للارتباط بالاشخاص من حولهم. وما التعلق الا شحنة انفعالية لاختيار الشيء. حيث يستثمر الطفل الصغير بعض الطاقة الليبيدية في شخص آخر قد يكون الأم او البديل. ولا حظ كل من سيرز وآخرون ان السلوكيات الدالة على التعلق تنتج عن الوجود المستمر لأداء الآخرين لدور المغذي. فالطفل يتعلم ان يساعد أمه ليضمن مساعدتها كلما تطلبت دوافعه الأولية بعض التغيير في بيئته لكي يمكن تخفيف هذه الدوافع.

ويعتبر قلق الانفصال Separation anxiety ظاهرة واضحة لدى الاطفال. وقد اوضحت دراسات شافرو وامرسون ان القلق من الانفصال يبدأ من حوالي سن 7 – 8 شهور. وتنتهي عند حوالي سن 18 شهرا. ولقد شاهد الاباء مثل هذا السلوك عندما تركوا ابناءهم في المنزل مع جليسة اطفال. وعند مغادرة الوالدين للمنزل. فانهما عادة يسمعان الطفل وهو يصرخ. وعند عودتهم الى المنزل يخبران بان الطفل لم يبك سوى لحظات قليلة. ويختفي قلق الانفصال عندما لا يصبح غياب الشخص يمثل حدثا للتباين.

والعدوان سلوك متعلم أو مكتسب عبر التعلم والمحاكاة نتيجة للتعلم الاجتماعي Social learning حيث يتعلم الطفل الاستجابة للمواقف المختلفة بطرق متعددة قد تكون

بالعدوان أو التقبل. وهذا يعود لنوعية العلاقة التي تسود داخل أسرة الطفل. وينتشر السلوك العدواني بين الأطفال. بمظاهر وأشكال متعددة. وتشير الدراسات إلى وجود ظروف ومتغيرات عند الطفل تهيئ لظهور السلوك العدواني. ونستطيع ملاحظة العدوانية للأطفال أثناء لعبهم مع بعضهم البعض. أو اللعب بالدمي. أو غير ذلك.

وتتكون جماعات الاقران من افراد متفاعلين مع بعضهم البعض. يتصادف وجودهم في نفس المكان وفي نفس الوقت. ولهم اهداف ومعايير مشتركة. وهناك عدة عوامل تؤثر على التقبل الاجتماعي للطفل في جماعة الاقران كالنضج الاجتماعي Social maturity والجنس Sex والطبقة الاجتماعية Social class. ومن ثم تلعب جماعة الاقران دورا هاما في النمو الاجتماعي للطفل وعملية التطبيع الاجتماعي من خلال التوحد بالاقران. والتعلم الاجتماعي وتعلم الادوار Role playing. فيكون الاقران مرجعا لحقيقة الطفل عن ذاته. ويؤدي الامتثال لمعايير الجماعة دورا هاما في تشكيل سلوك الطفل في هذه المرحلة. فيتصرف وفقا لهذه المعايير.

ويجد الطفل في هذه المرحلة لذة في ممارسة حواسه. فتراه شغوفا بشم وتذوق وفحص واكتشاف الأشياء. (Black, et al, 2001) ويتطور السمع تطورا سريعا من حيث قوة التمييز السمعي. كما تبرز أهمية السمع بالنسبة للنمو اللغوي للطفل في هذه المرحلة. وتنمو لديه حاسة الايقاع السمعي خاصة ما يتعلق منها بالايقاعات السريعة. كما يتميز البصر بالطول ويسهل على طفل هذه المرحلة رؤية الكلمات الكبيرة. ويميز الألوان ويسمّيها. اما الألوان الاكثر إثارة لطفل هذه المرحلة فهي الاحمر والازرق. وتبرز أهمية حاستي الذوق والشم او كما يسمّيها بعض الباحثين بالحاسة الكيميائية في حماية الطفل من الاشياء الضارة في عملية التغذية.

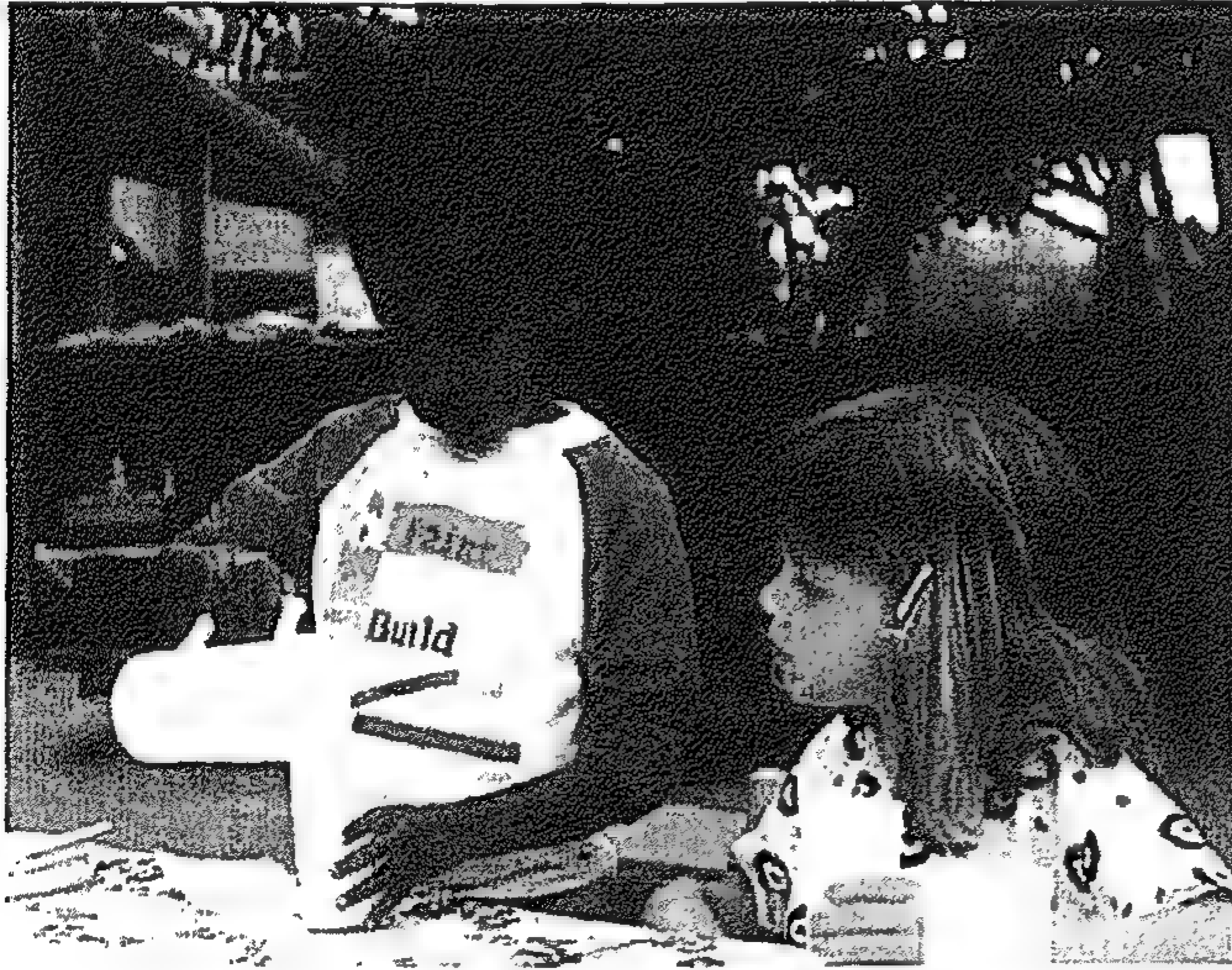
وتمثل الطفولة المبكرة مرحلة هامة جدا في حياة الفرد. فهي مرحلة السؤال والاستفسار والاستطلاع والبحث. والطفل في هذه المرحلة يكثر من السؤال والاستفسار: ماذا، لماذا، وكيف ومتى واين ومن؟.... وهكذا. ويتواصل نمو الذكاء لدى طفل هذه المرحلة ويكون ادراك العلاقات والمتعلقات عمليا وبعيدا عن التجريد. ويكون الطفل قادرا في هذه المرحلة من التعميم ولكن في حدود ضيقة. ويتميز النمو اللغوي لهذه المرحلة بكل من زيادة كبيرة للمفردات والصفات وقواعد اللغة. وتبادل الحديث مع الكبار ووصف الصور وصفا بسيطا والاجابة عن الاسئلة التي تتطلب ادراك علاقة، والقدرة على تكوين جمل كاملة تشمل كل اجزاء الكلام. ويعرف معاني الارقام كما يعرف معاني الصباح والظهر والمساء والصيف والشتاء.. الخ. (Rohwer, Jr. et al, 2006).

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

وتؤثر وسائل الاعلام في النمو الانفعالي لطفل هذه المرحلة خاصة بعد دخول الأجهزة السمعية والبصرية الى الاسرة. وتتكون العادات الانفعالية بالتدريج حتى نهاية هذه المرحلة. ويمكن النمو اللغوي والنمو الحركي للطفل من التعامل مع المواقف المحيطة ومن اشباع حاجاته. وكلما زادت قسوة العقاب على العدوان في الطفولة المبكرة كلما زاد التعبير عن العدوان ولو على شكل كامن. (عدوان خيالي). وقد يستغرق الطفل القلق في احلام اليقظة. حيث تتميز احلامه الليلية بالقلق والخاوف والحيوانات كما انها ترتبط بالخبرات المباشرة. وقد يصاحبها البكاء (زهران، 2005).

(5) الطفولة المتوسطة:

تبدأ هذه المرحلة من سن: 6 - 9 سنوات. وفي هذه المرحلة تتسع الافاق العقلية المعرفية للطفل ويتعلم المهارات الاكاديمية المختلفة. كما يتعلم المهارات الجسمية اللازمة للالعاب والوان



النشاط العادية. وتتضح في هذه المرحلة كذلك فردية الطفل وسعيه نحو اكتساب اتجاهات سليمة نحو ذاته. وتتسع دائرة علاقاته الاجتماعية فينضم الى جماعات جديدة وتطرد عملية التنشئة الاجتماعية وتزداد استقلاليته عن والديه واسرته.

ويتأثر النمو الجسمي بالظروف الصحية والمادية والاقتصادية. وكلما تحسنت الظروف الصحية للطفل كلما كان النمو افضل. ولا شك بان الغذاء دور بارز في نمو الجسم نموا سليما كما ونوعا وما يقوم به الطفل من نشاط.

ومع انتقال الطفل من حياة البيت الى المدرسة. فانه يدخل في حياة جديدة مليئة بالخبرات الجديدة وتعتبر هذه المرحلة بداية رحلة تعليمية طويلة تنتهي بوصول الطفل الى مرحلة الرشد. وتلعب المدرسة دورا هاما وفاعلا في حياة الطفل وتكسبه كثيرا من انماط السلوك الجديد والمهارات الأكاديمية وتتوسع حصيلته الثقافية وتمكنه من ممارسة العلاقات الاجتماعية. وتزداد الفروق الفردية بين الجنسين وضوحا في هذه المرحلة. وتتفوق الاناث في الذكاء عن الذكور في هذه المرحلة بحوالي نصف سنة.

ويؤثر كل من المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة بشكل واضح في النمو العقلي للطفل. هذا بالإضافة الى دور المدرسة ووسائل الاعلام السمعية والمرئية على نمو الذكاء لدى اطفال هذه المرحلة. وقد لاحظ الباحثون ان انخفاض المستويات الاجتماعية والاقتصادية لبعض الأسر تعيق نمو الذكاء عند اطفالهم. نتيجة عدم قدرة الأهل على توفير فرص التعليم لأبنائهم. ونقص في تشجيع الآباء لأبنائهم لمزيد من التحصيل. وأشار الباحثون كذلك. الى الأثر الواضح الذي يتركه التعزيز الاجتماعي لدى الاطفال. وتؤكد الدراسات كذلك الى ان النمو العقلي يرتبط بالنمو الاجتماعي والانفعالي. والأطفال الذين يتميزون بالاعتمادية في سلوكياتهم يكون تقدمهم العقلي أقل من الأطفال الذين يتسمون بالاستقلالية في سلوكياتهم في مثل سنهم.

وتلعب الاسرة والمدرسة دورا بارزا في تعليم سلوك الانفعال لدى الاطفال في هذه السن. نتيجة لاتساع دائرة اتصال الطفل بالعالم الخارجي واحاطته بأفراد وجماعات جديدة يكسبونه العديد من المواقف الانفعالية المتباينة. وكذلك ميل الطفل نحو التنافس والعدوانية والعناد. التي تسعى المدرسة في هذه المرحلة الى ضبط سلوك المنافسة والعدوان لديه. ليتحول بالتدريج الى صداقات له.

ويتطور النمو الاجتماعي لدى اطفال هذه المرحلة ويتضح الفرق بين الجنسين في هذه السن. ويزداد تعلم الطفل لدوره الجنسي. فيتجه الاطفال الذكور نحو الخشونة والاستقلالية بينما تتجه الاناث نحو الرقة والليونة والتعاون مع الذكور في مختلف الأنشطة. ويتأثر النمو الاجتماعي في هذه المرحلة بعملية التنشئة الاجتماعية التي تتولى المدرسة الدور الرئيسي فيها. فهي المسؤولة الأولى في هذه السن عن البناء الاجتماعي للطفل. الذي يتأثر بدوره بمعلميه وعلاقته مع اقرانه في المدرسة وبالعلاقة بين المدرسة واسرته وكذلك باعمار معلميه وجنسهم وحالتهم الاجتماعية وشخصياتهم. ويتأثر الطفل في هذه السن ايضا بوسائل الاعلام السمعية والبصرية وبالثقافة العامة والخبرات المتاحة له من اجل عملية التفاعل الاجتماعي. ولا شك بأن للوالدين دورهما في عملية التوافق الاجتماعي واستخدامهما لأساليب الثواب والعقاب.

وتحدث كولبرج Kohlberg عن النمو الخلفي للطفل الذي يمر بمرحلتين يركز في المرحلة الاولى على طاقات وامكانيات ذوي السلطة. وعلى ضرورة ان يرضى الضعيف القوي ليتجنب عقابه. وعدم اغضاب الكبار ذوي السلطة. ويركز في المرحلة الثانية على دافع اللذة ويسلك للحصول على ما يريده من الآخرين. بحيث تظهر النفعية في سلوكه. مع عدم التدخل في شؤون الآخرين.

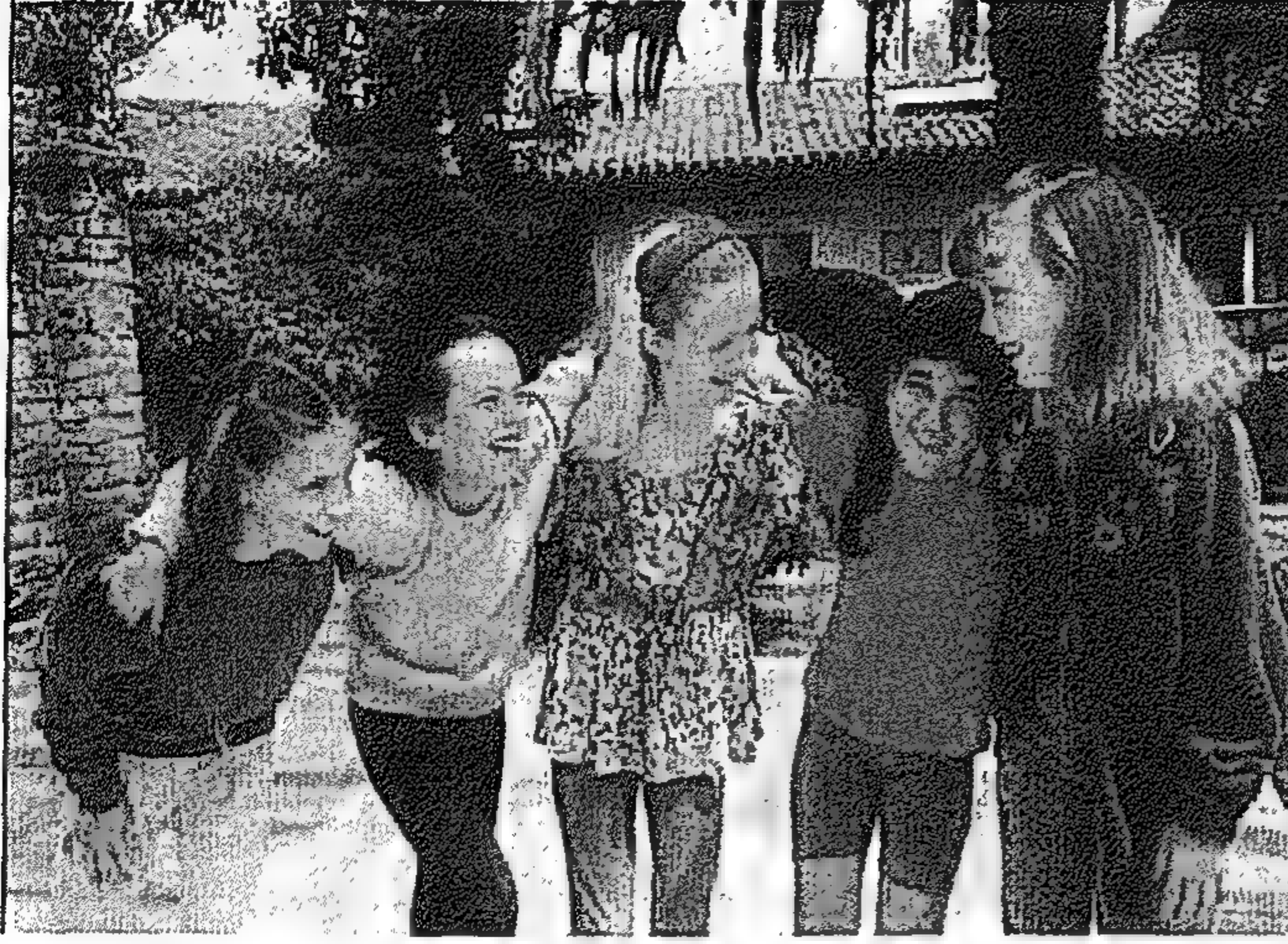
ويلاحظ على الاطفال في هذه المرحلة اصدار احكام اخلاقية على اساس الثواب والعقاب المتوقع فقط. ويحل المفهوم العام لما هو صواب وما هو خطأ وما هو حلال وما هو حرام محل

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

القواعد المحددة. وتحل المعايير الداخلية بالتدريج محل الطاعة للمطالب الخارجية. ويزداد ادراك
الطف لقواعد السلوك الاخلاقي القائم على الاحترام المتبادل. وعلى الاباء تعليم ابنائهم في هذه
السن السلوك الاخلاقي المرغوب فيه.

(6) الطفولة المتأخرة:

تمتد مرحلة الطفولة المتأخرة من سن 9 - 12 سنة. ويطلق عليها البعض بمرحلة ما
قبل المراهقة Preadolescence وتمثل هذه المرحلة مرحلة الدراسة الابتدائية العليا (الصفوف



الابتدائية الأخيرة
(الثلاث). وتعد هذه
المرحلة انسب مراحل
النمو الخاصة بعملية
التطبيع الاجتماعي.
بالرغم من قلة الاهتمام
بدراساتها من قبل
الباحثين مقارنة بشدة
اهتمام هؤلاء الباحثين
بما يسبقها وما يلحقها
من مراحل النمو.

وتتميز هذه المرحلة ببطء معدل النمو مقارنة بسرعته في المرحلة السابقة. وزيادة التمايز
بين الجنسين بشكل واضح. وتعلم المهارات اللازمة لشؤون الحياة. والمعايير الخلقية والقيم وتكوين
الاتجاهات. والاستعداد لتحمل المسؤولية وضبط الانفعالات.

(7) المراهقة:

تمثل المراهقة مرحلة الانتقال من مرحلة الطفولة (مرحلة الاعداد لمرحلة المراهقة) الى
مرحلة الرشد والنضج والتي حددها أغلب علماء النفس في الفترة ما بين (12 - 20 سنة)
(Hurlock, 1991). وهي المرحلة التي يمر فيها المراهق بتطورات وتغيرات جسمية ونفسية.
فتتأثر بما قبلها من المراحل. كما انها مرحلة متعددة الجوانب حيث ينمو المراهق جسميا
وفيزيولوجيا وجنسيا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا ومهنيا. وقد وصفها المنظرون بأنها فترة
عاصفة، ومحنة مليئة بالمشكلات بل هي بداية ظهور المشكلات في حياة الفرد. (Foltz, et al., 2005):

ويسعى المراهق في هذه المرحلة جاهدا للتخلص من اعتماده المالي على أيويه أو الآخرين من الكبار. وإلى الاستقلالية بالرغم من حاجته الملحة إلى المساعدة. ويسعى إلى تحمل مسؤولياته لكنه رغم ذلك محتاج لأن يظل طفلا ينعم بالأمن والطمأنينة.

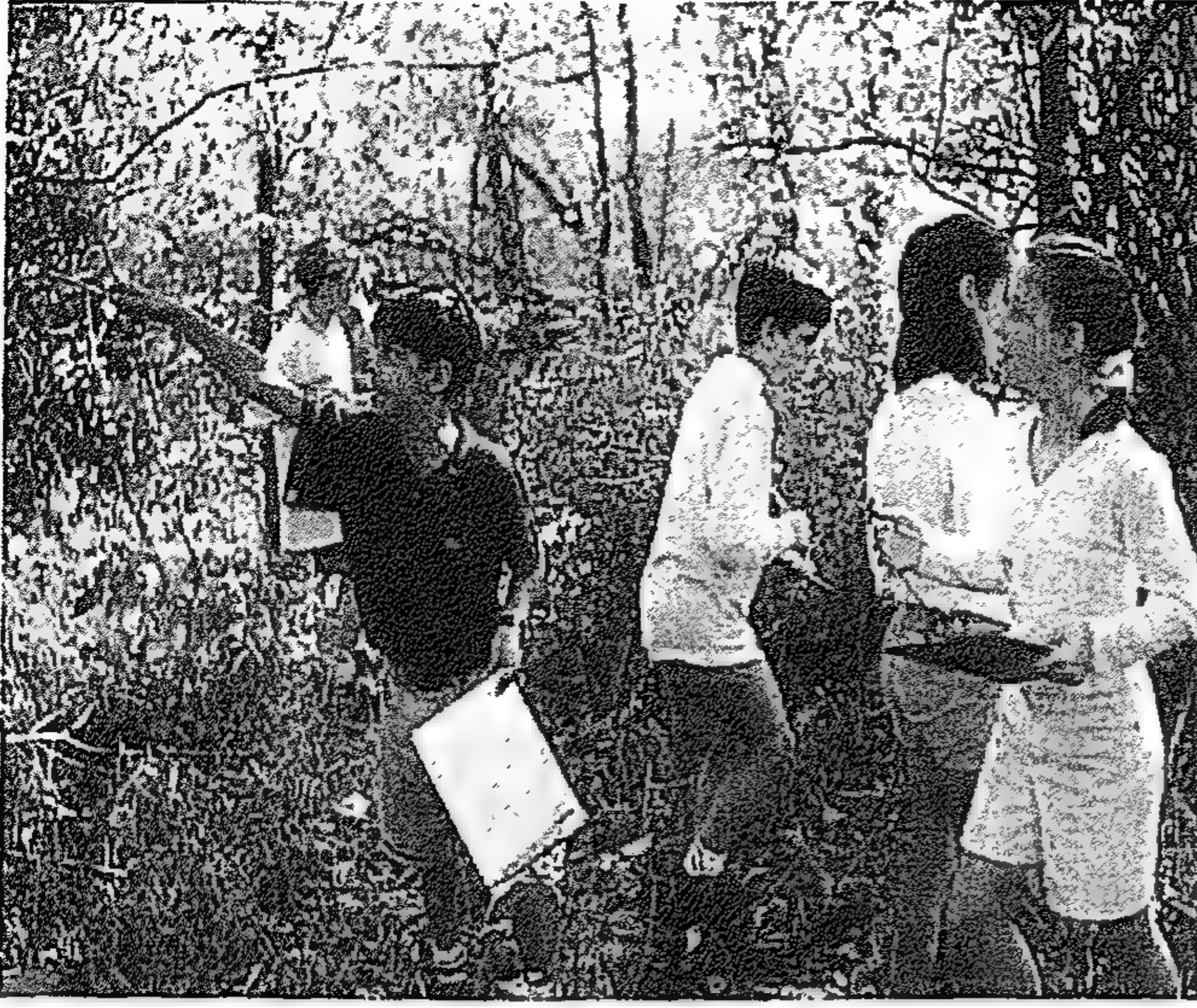
وعليه أن يحقق ذاته، يفكر لنفسه، ويحقق ميوله، ويشبع حاجاته، ولكن لا بد أن يتطابق تفكيره وسلوكه مع المعايير الاجتماعية والتوافق مع الآخرين. وأن

يتخذ قرارات حيوية تحدد مستقبل حياته، خاصة ما يتعلق منها بالتعليم واختيار مهنته، أو ما يتعلق بالزواج وتكوين أسرة أو ممارسته بعض الهوايات أو تكوين بعض الصداقات.

ويسعى لتحقيق الحرية، وصاحب سلطة لكنه مع ذلك يجد نفسه متورط في صراعات انفعالية مع الأطفال الأصغر منه سنا داخل أسرته. وكذلك الوالدين والمدرسين وأعضاء المجتمع. وهو يريد أن يكون راشدا، لكنه لا يعطى المسؤولية الكافية لأعماله الخاصة. ويعاني من مشكلات لم تكن موجودة لديه في مرحلة سابقة وتختلف أيضا عما يواجهها الراشد إلى حد ما. وهو يسعى جاهدا لتحقيق حل مقبول لمشكلاته تلك تتناسب ومعايير الجماعة.

تتميز مرحلة المراهقة بالنمو الواضح المستمر نحو النضج في كافة مظاهر وجوانب الشخصية، والتقدم نحو كل من النضج الجسمي، والنضج الجنسي، والنضج العقلي، والنضج الانفعالي والاستقلال الانفعالي والتطبيع الاجتماعي واكتساب المعايير السلوكية الاجتماعية والاستقلال الاجتماعي وتحمل المسؤولية، وتكوين علاقات اجتماعية جديدة والقيام بالاختبارات، واتخاذ القرارات فيما يتعلق بالتعليم والمهنة والزواج. وتحمل مسؤولية توجيه الذات، من خلال التعرف على قدراته وامكانياته وتمكنه من التفكير واتخاذ قراراته بنفسه. والتخطيط لمستقبله.

وتحدث اليزابيث هيرلوك (Hurlock, 1991) عن المراهقة على أنها نتيجة لعوامل كثيرة منها: المثالية، ومشاعر النقص في الكفاءة والمكانة ونقص في إشباع الحاجات والضغوط الاجتماعية، وفشل العلاقة بالجنس الآخر. ومشكلات التوافق. بحيث يؤثر كل ذلك في سلوكه من حيث اضطراب السلوك، والانفعالية، والمشاكلة، والسلوك المضاد للمجتمع، والوحدة، ونقص الانجاز، ويرافقه الإهمال ونقص الدافعية وشؤون الأسرة والأنشطة الاجتماعية. ولوم الآخرين؛ والقاء التبعة عليهم واتهامهم بأنهم سبب كل شقاء. والهروب من المنزل والزواج المبكر والاستغراق في أحلام اليقظة. وربما يصل الحال بالنسبة إليه إلى محاولة الانتحار. والانتحار الفعلي.



وتظهر على المراهق في هذه المرحلة عددا من الخصائص الجسمية من زيادة ملحوظة في الوزن في بداية المرحلة. والرغبة في الاكل. وظهور التغيرات الجسمية التي تصاحب النضج الجنسي. وظهور حالات من عدم التوازن في نشاط الغدد. واكتمال النمو العظمي ونمو الطول.

وازدیاد التوافق العضلي والعصبي نضجا. والنمو السريع للقلب في بداية المرحلة والبطيء في نهايتها. وارتباط النمو الجسمي في هذه المرحلة بالنمو في النواحي العقلية والاجتماعية والانفعالية ارتباطا وثيقا. بحيث لا يستطيع المرء ان يفصل ناحية من هذه النواحي عن الناحية الأخرى الا من الناحية النظرية فقط. (اسماعيل، 2001)

وتلعب الوراثة دورا بارزا في وجود فروق فردية في الذكاء والقدرات العقلية. كما تؤثر التسهيلات البيئية والخبرة والتدريب في تنمية واستثمار تلك القدرات الى اقصى مدى. ويسر التوافق الانفعالي الوصول الى الثقة ومفهوم الذات الايجابي من اجل تحقيق نضج عقلي للمراهق. كما تؤثر العوامل الانفعالية مثل الخمول والتمرد في لاداء العقلي للفرد. ويؤثر مستوى وسرعة معدل النمو الجسمي في تحصيله الدراسي. وشخصيته بصفة عامة. ولا ننسى تأثير وسائل الاعلام السمعية والبصرية على نموه العقلي وتزويده بالافكار والخبرات. (Berk, 2007)

وتتصف الانفعالات في مرحلة المراهقة بأنها انفعالات عنيفة متهورة لا تتناسب مع مثيراتها. وفي كثير من الحالات لا يستطيع المراهق التحكم فيها ولا في المظاهر الخارجية لها. وبالتالي، فليس هناك ثبات انفعالي في هذه المرحلة ويظهر التذبذب الانفعالي لدى المراهق. وتقلب سلوكه بين سلوك الاطفال تارة وسلوك الكبار تارة أخرى. كما تلاحظ لدى المراهق التناقض الانفعالي وثنائية المشاعر نحو نفس الشخص أو الشيء أو الموقف فيتذبذب انفعاله بين الحب والكره وبين الشجاعة والخوف، وبين التدين والالحاد، وبين الانعزالية والاجتماعية وبين الحماس واللامبالاة... الى غير ذلك من مظاهر السلوك.

وبالرغم من ان المراهق يكون بطل الحلم دائما ومؤلفه ومخرجه وممثله. الا ان الحب يعد من أهم مظاهر الحياة الانفعالية له. فالحب المتبادل يزيد اللفة ويزيل الكلفة ويقضي على العدوان ويجعل الاتجاهات النفسية أكثر ايجابية. والحب كما يراه الباحثون يمثل قوة علاجية جبارة لحل العديد من المشكلات التي يواجهها المراهق. (Berk, 2007)

ويلاحظ على المراهق اتساع نطاق الاتصال الاجتماعي وتزداد مشاركته للآخرين في الخبرات والمشاعر والاتجاهات والافكار. وتستمر كذلك عملية التنشئة الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي ويستمر تعلم واستدخال القيم والمعايير الاجتماعية من الاشخاص الهامين في حياته. مثل الوالدين والمدرسين والقادة والمقربين من الرفاق ومن الثقافة العامة التي يعيش فيها ويظهر اهتمامه بالمظهر الشخصي ويبدو ذلك واضحاً في اختيار ملابسه والاهتمام بالالوان الزاهية اللافتة للنظر والتفصيلات الحديثة. والاهتمام بالحلي والملبوسة ومتابعتها بالنسبة للاناث (Hurlock, 1991). ويلاحظ عليه نزعته نحو الاستقلال الاجتماعي والانتقال من الاعتماد على الغير الى الاعتماد على النفس. وكذلك ميله الى الزعامة والتوحد مع شخصيات خارج نطاق البيئة المباشرة مثل شخصيات الابطال. وينمو الوعي الاجتماعي والمسؤولية الاجتماعية. ويزداد وعيه بالمكانة الاجتماعية والطبقة الاجتماعية التي ينتمي اليه المراهق. فيستمر في التألف والتكتل في جماعات الاصدقاء والخضوع لها وتوسع دائرة التفاعل الاجتماعي والميل الى الجنس الآخر.

ويلاحظ النفور والتمرد والسخرية والتعصب والمنافسة. وضعف القدرة على فهم وجهة نظر الكبار وضيق صدره للنصيحة. وتعتبر المنافسة احدى مظاهر العلاقات الاجتماعية في هذه المرحلة. فيقارن المراهق نفسه دائماً برفاقه ويحاول ان يلحق بهم ليكون مثلهم او يتفوق عليهم. لكنه مع ذلك يعكف على مقارنة قدراته بقدرات الآخرين. ويحكم على سلوكه حسب المعايير السلوكية التي تحددها الجماعة (Baer, 2009). وتتميز هذه المرحلة بمرحلة مسايرة Conformity ومجاراة وموافقة وامثال وقبول واتساق ومحاولة انسجام مع محيطه الاجتماعي. وقبول العادات والمعايير الاجتماعية الشائعة بهدف تحقيق التوافق الاجتماعي. خاصة مع التأثير المتزايد لجماعة الرفاق، والتوافق مع القيم والمعايير الجديدة في القبول والرفض الاجتماعي. (Owens, 2006)

ويكون المراهق مفهومه عن نفسه باعتباره مصدراً للتأثير والتأثر في البيئة المحيطة. (اسماعيل، 2003). ويمكن تحديد مفهوم الذات لدى المراهق بناء على ادراك المراهق نفسه لصفة او صفات عامة يمكن ان تسند اليه باعتبار انه قوة متفاعلة مع القوى الاخرى في البيئة المحيطة. أما المفردات التي يمكن ان تعمم عليها او تشترك فيها هذه الصفة او الصفات. فهي استجابات

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

الشخص نفسه نحو مواقف البيئة المختلفة. فمفهوم الذات ينشأ عن طريق تفاعل الفرد مع بيئته ولا يمكن تصويره الا بالنسبة لهذه البيئة.

(8) مرحلة الرشد:



تمثل مرحلة الرشد مرحلة جديدة في الحياة الانسانية تتسم بالتعدد والتغير (Kimmel, 2001). باعتبارها الفترة الزمنية التي يصل فيها الفرد الى مرحلة نمو اختيارية Optional period وهي المرحلة التي تظهر على الفرد الذي ينهي تعليمه المدرسي ويدخل

سوق العمل وتكون هذه المرحلة عادة عند حوالي سن 18 سنة بينما أشار آخرون الى أن مرحلة الرشد تعتبر مرحلة الكبار التي تشتمل بالاضافة الى الفترة العمرية للشباب مرحلة الشيخوخة التي تمتد حتى نهاية العمر..

ومع نهاية هذه المرحلة تبدأ ظهور عوامل الانحدار والضعف التي تلازم الفرد بعد ذلك في شيخوخته. ويبدأ شعور الفرد بضعف قواه البدنية فيميل الى تعويض ذلك عن طريق نشاطه العقلي المعرفي وابتكار حلول جديدة لمشكلاته القديمة التي لم يعد يستطيع مواجهتها بالقوة البدنية.

تتميز هذه المرحلة من حياة الانسان بعدد من الخصائص الرئيسية التي تميزها عن غيرها من مراحل النمو الانساني: (Hurlock, 1991) حيث يمثل الانجاب أكثر الادوار اهمية في حياة المرء. خاصة وانها ترتبط بعملية الزواج والوالدية والانجاب. وتقوم المرأة بدور رعاية الاطفال. وتكون الوالدية هي الشغل الشاغل لكل من الرجل والمرأة.

ومع قيام الراشد بدور العائل الذي يكسب قوت عيشه الى جانب دور الوالد الذي يقوم برعاية ابنائه أيضا. فانه يتبع نمطا ثابتا نسبيا من السلوك في مجالات الحياة. يميزه عن بقية الافراد من اعمار مختلفة. بحيث يصعب على هذا الراشد تغيير نمط حياته التي اعتاد عليها في تلك المرحلة. واذا ما حاول تغيير نمط سلوكه فانه يواجه بعدد من الاضطرابات الانفعالية التي تؤثر في مسار حياته المستقرة وتزيد حياته تعقيدا وصعوبة. ومن هنا نجد ان الفرد في هذه المرحلة من العمر يتزوج وينجب وينخرط في عمل يظل يؤديه معظم حياته. ويستقر في مكان سكناه فترة طويلة من الزمن.

وفي هذه المرحلة من العمر فإن الراشد يواجه مشكلات عديدة تختلف كما ونوعاً عن المشكلات التي واجهها في مرحلة الطفولة أو المراهقة مما يستدعي اتخاذ قرارات مستقلة وحاسمة في حلها. وهو مطالب في هذه المرحلة بمواجهة هذه المشكلات دون إشراف أو توجيه أو مساعدة من الآباء أو المعلمين كما كان يحدث في المراحل السابقة من العمر. وربما تكون المشكلات التي يواجهها في هذه المرحلة من العمر أقوى من أن يستطيع الراشد في هذه المرحلة من حلها. إلا أن من الملاحظ عليه عدم لجوئه إلى الآخرين (من والدين ومعلمين) في حلها. فقد يمنعه كبرياءه من اللجوء إليهم طلباً للمساعدة. وقد تصبح مشكلاته أكثر تعقيداً وصعوبة من ذي قبل مما يجعله أكثر اعتماداً على والديه إذا ما لجأ إليه ويصبح بالتالي في حالة اعتماد شبه دائم عليهما. خاصة إذا ما ارتبطت مشكلات المراهق في هذه المرحلة بالجوانب المالية والاقتصادية.

ويلاحظ على الراشد في هذه المرحلة من العمر وصول وظائف جسمه الحسية والعصبية إلى أعلى مستوى لها. ويتم اكتمال وزن المخ والأنماط الناضجة للموجات الكهربائية خلال هذه المرحلة. كما تبلغ الحدة السمعية والبصرية حدتهما الأقصى في سن العشرينات تقريباً. وتظل الحدة البصرية كذلك حتى نهاية مرحلة وسط العمر. بينما تتناقص الحدة السمعية تدريجياً خلال نفس الفترة. وتتناقص نسبة الوفيات للأفراد في مثل هذه السن إلى حد ما الأدنى. ويعزو الباحثون إلى أن معظم أسباب وفاة الأفراد في هذه المرحلة من العمر إلى الحوادث التي يصابون بها. بالرغم من أن عدداً من المشكلات الصحية قد تظهر عليهم في المراحل التالية من حياتهم. (Breodzinsky, et al. , 2006)

وتمثل مرحلة الرشد المرحلة الأكثر أهمية بالنسبة لحياة الفرد والتي يكتسب فيها استبصاراً قوياً بالصواب والخطأ اعتماداً على الخبرة الشخصية. والنمو الخلقي. أو نمو النسق القيمي الشخصي لديه. المرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنمو المعرفي للفرد. وهذا يشير إلى وصول الفرد إلى أعلى مستويات العمليات الصورية في المعرفة. قبل أن ينشغل بالاستدلال الخلقي في المستوى القائم على المبادئ Principled والتي تتطلب من الفرد في هذه المرحلة إحراز مستوى معين من النمو المعرفي. كما تتطلب أنواعاً معينة من الخبرات الشخصية.

ومن أبرز خصائص الفرد في هذه المرحلة دخوله ميدان العمل والذي يحتل مكانة بالغة الأهمية في تحديد هويته. فالعمل تعبير عن حاجة داخلية (دافعية الانجاز Achievement motivation) لدى الفرد تدفعه نحو الاستقلال النفسي والاقتصادي والاتقان والتعامل الفعال مع البيئة (Arnonfreed, 2006). ويمثل العمل مصدراً لشعور الفرد بقيمته، وبالتالي فإنه وثيق الصلة بتقديره لذاته وتحديد هويته. كما أن للعمل أهميته الاجتماعية للفرد إلى جانب أهميته الشخصية. وهو بالتالي مصدر للمكانة الاجتماعية له.

(9) مرحلة الشيخوخة:

تمثل الشيخوخة فقداناً جوهرياً أو انحرافاً سلبياً في القدرة الوظيفية مقارنة بمستويات الشباب الأسوياء. (Wright & Weiss, 2009) وهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية للفرد واضحة يمكن قياسها ولها آثارها على العمليات التوافقية. ففي سن الخامسة والستين من عمر الإنسان ينتشر التلف الحسي والحركي. ويعاني من تدهور وظيفي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية. وهنا يبرز الفارق الجوهري في تحول النمو الانساني في الاتجاه العكسي. فبينما كان النمو في المراحل السابقة يتجه نحو التحسن والترقي والتنمية بمعدلات مختلفة. فإنه مع بدء الشيخوخة يبدأ التدهور بمعدلات بطيئة في البداية ثم يتسارع هذا المعدل تدريجياً حتى يصل الى أقصاه في طور الشيخوخة (أرذل العمر). ويؤكد بيك (Gibson, 2005) Peck على ثلاثة قضايا رئيسية في التوافق النفسي عند المسنين:

وتشير القضية الأولى الى تميز الانا مقابل الانشغال بدور العمل Ego differentiation Vs work – role perception ذلك ان احد متطلبات النجاح للتوافق مع التقدم في العمر. يكون من خلال منظومة متنوعة من النشاطات ذات القيمة والمساهمات الذاتية القيمة التي تقدم للمسمن نوعاً من الرضا والسعادة والاحساس بالقيمة الذاتية له.



بينما تشير القضية الثانية الى السمو عن المشكلات الجسمية مقابل الانشغال بها Body transcendence Vs body perception وهو في هذا الصدد يتناول نوعين من المسنين: نوع تعني لديه السعادة والراحة أن يكون بصحة جسمية جيدة بحيث يجلب اليه التدهور الصحي والالام والأسى. ونوع آخر يعاني من الآلام الجسمية. لكنه يتمتع بشكل واضح بالحياة. ويعتقد بيك Peck أن هذا النوع قد يكون تعلم السعادة والراحة من خلال اتباعه للعلاقات الانسانية والنشاطات الابداعية ذات الطبيعة العقلية التي يتدخل فيها تدهورهم العقلي فقط دون ان يعطلها.

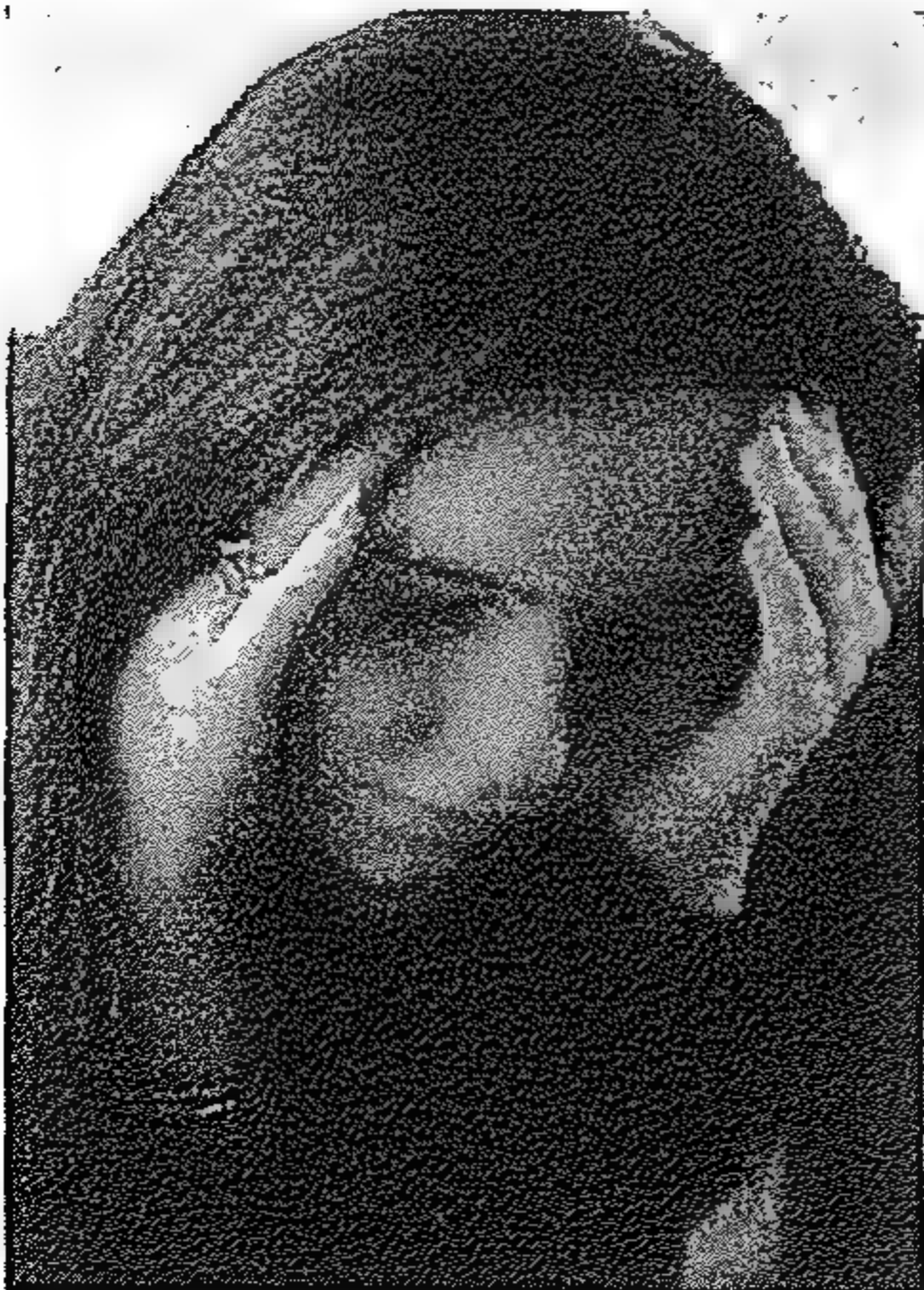
أما القضية الثالثة فتشير الى السمو بالذات مقابل الانشغال بها Ego Transcendence Vs ego preoccupation باعتبار أن التكيف مع احتمالات الموت قد يكون اكبر انجاز يحققه الفرد في حياته المتأخرة فالأفراد المسنون الذين يحققون نجاحا في حياتهم المتأخرة هم الافراد الذين ينشطون بهدف السمو فيندمجون كلية مع المستقبل ويقدمون جهدهم ليجعلوا العالم عالما سعيدا بالنسبة لاسرهم.

ويعد القصور الذي يصيب الفرد في بصره من أبرز التغيرات المصاحبة لكبار السن. ومن اكثرها تأثيرا في عمليات التوافق الاجتماعي والاقتصادي. كما يبدأ التناقص في حاسة السمع لدى الانسان تدريجيا خلال سنوات الرشد، وغالبا لا يتمكن الانسان من ملاحظة ذلك. لأن معظم الاصوات تكون عادة فوق عتبة الاحساس. ومع التقدم في العمر فانه يحدث ضمور في الانسجة العصبية. ويكون القصور في السمع اكثر وضوحا في الذكور منه لدى الاناث، ويزداد شدا في الاذن اليسرى عنه في الاذن اليمنى.

ويؤدي التقدم في العمر الى نقص في حجم الغدة الدرقية Pituitry gland وتصبح اقل امدادا بالدم بالرغم من انها تستمر في أدائها لوظائفها عبر السنين. كما تنخفض افرازاتها من هرمون الثيروكسين Thyroxin مما يحدث نوعا من التناقص في المعيار القاعدي للتمثيل الغذائي. بالنظر الى تأثير هرمون الثيروكسين عليه. ويعرض المسن الى مخاطر تناقص درجة حرارة الجسم.

ومع التقدم في العمر تحدث زيادة تخلل الرواسب الدهنية لهذه الغدد. كما يحدث نوع من التناقص في الانسجة الأساسية المكونة لها. بحيث لا يتبقى سوى عدد قليل من الخلايا النشطة. كما تؤدي عدم كفاية الغدة الادريينالية لدى كبار السن الى تغييرات سلبية مصاحبة للشيخوخة. بحيث يؤدي الى ضعف عضلي وسرعة التعب وزيادة الامراض التي تصيب المسن بشكل حاد

ثالثاً: الحاجة الى الخدمات النفسية للفرد:



عزيزي الدارس: لعل الحكمة القديمة الحديثة في معرفة النفس الإنسانية كمدخل أساسي لمعرفة حال الإنسان وبيئته الاجتماعية ما تزال لها مصداقيتها المؤثرة. فليس هناك علم من العلوم اختلف فيه الناس، وازدادت نسبة الخطأ في فهمهم له، وتباين موضوعاته لديهم مثل موضوعات علم النفس. زد على ذلك، تنوعه وتشعبه في موضوعات متعددة. فاختلط فهم الناس لموضوعات هذا العلم بين أمراض نفسية

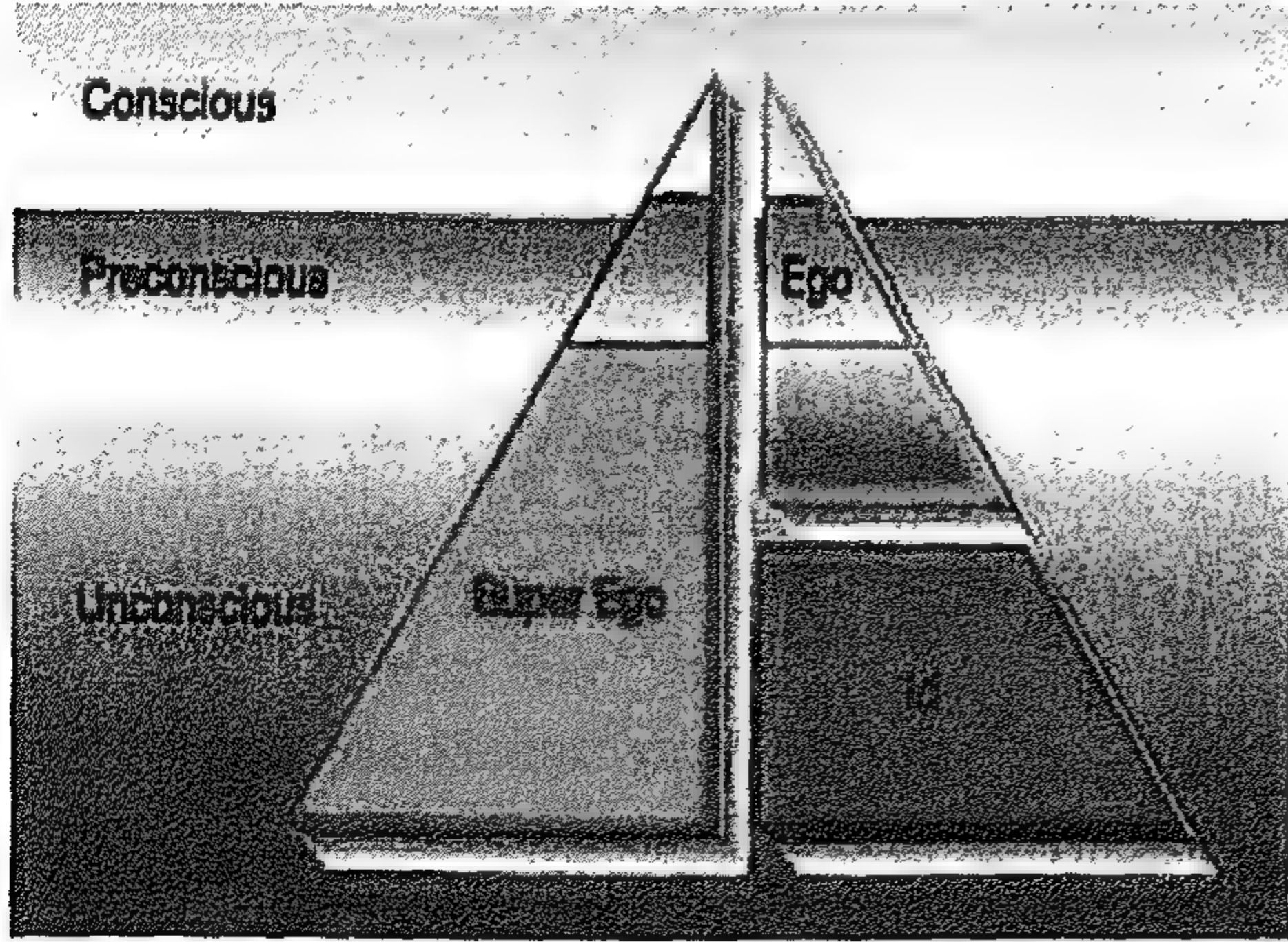
النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

وأمرض عقلية، وبين علم نفس اجتماعي، وعلم نفس إكلينيكي، واختلطت معه دراسة السمات الشخصية للإنسان من ذكاء وإبداع وعبقرية ونقيضاتها.

إن تقدم الحياة الإنسانية وتعقدها، تجعل وجود عدد غير قليل من الناس يعانون من اضطرابات في سلوكياتهم. فهذا طفل في مدرسة ابتدائية يبدو عليه سلوك الخوف الشديد في كل مناسبة يتحدث فيها أمام معلمه، وآخر طالب في مدرسة ثانوية تشير نتائج امتحاناته النهائية إلى تفوقه في المدرسة. فيشرح صدره ويبدو عليه السرور والفرح. وثالث يقضي الليل بطوله، وهو يفكر كيف يحصل على لقمة العيش لأبنائه في صباح اليوم التالي. ومثل هؤلاء كثيرون من بني البشر ممن يعانون من مشكلات نفسية تتفاوت فيما بينهم في الضعف والقوة. وما هذه المشكلات وغيرها سوى صور بسيطة لحالات كثيرة من الاضطرابات في السلوك نشاهدها بين الناس في حياتهم اليومية. مما يجعل من العلاج النفسي ضرورة حتمية لا بد من التوسع فيه وإعداد المتخصصين له، وإنشاء العيادات النفسية المتخصصة التي تلحق باماكن تواجد التجمعات البشرية من أجل تقديم الخدمات النفسية الضرورية للأفراد.

(3 - 1) اتجاهات نظرية في الصحة النفسية:

حاول الباحثون الاهتمام بالكائن الإنساني وصحته النفسية من أجل توفير قدر أكبر من السعادة. وتحقيق قدر أكبر من الأمن والاستقرار للمجتمع من حوله. فتعددت تعريفاتهم للصحة النفسية. فقد أشار الرفاعي (2001) إلى تحديد مفهوم الصحة النفسية باتجاهين رئيسين هما: الاتجاه السلبي الذي يذهب إلى النظر في الصحة النفسية من حيث هي البرء من



أعراض المرض النفسي أو العقلي. وهذا يعنى أننا نعرف الصحة النفسية بانتفاء حالة المرض لدى الفرد. فإذا كان الفرد مصابا كانت صحته النفسية مصابة. أما إذا كانت حالة المرض غير موجودة لديه. كانت صحته النفسية سوية وسليمة. ويذهب الاتجاه الثاني

إلى النظر في الصحة النفسية ضمن عدد من الشروط التي تحيط بالوظائف النفسية التي تنطوي عليها الشخصية الإنسانية. وإن قدرة الفرد في التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه يؤدي إلى التمتع بحياة خالية من الشكوى والاضطراب. وعلى ضوء هذين الاتجاهين فقد عرف

الرفاعي الصحة النفسية على أنها: " حالة إيجابية توجد لدى الفرد وتظهر في مستوى قيام وظائفه النفسية بمهمتها بشكل حسن ومتناسق ومتكامل في وحدة الشخصية " .

(1) الاتجاهات النظرية في الصحة النفسية:

تقوم نظرية التحليل النفسي على عدد من الاسس التي تعتبر بمثابة مسلمات هي:

- **الاحتمية النفسية:** يشير منظرو التحليل النفسي الى ان لكل سبب نتيجة، وان لكل نتيجة سبب، فليس هناك نشاط يقوم به الكائن الحي دون ان يكون هناك سبب يدفعه الى هذا السلوك.

- **الطاقة النفسية:** هناك طاقة اساسية في الطبيعة وان هذه الطاقة قد تتحول الى انواع متعددة، اي انها تتخذ صورا مختلفة. والطاقة النفسية ما هي الا نوع او صورة من الطاقات. والانسان عبارة عن جهاز طاقة معقد. يستمد طاقته من الغذاء الذي يتناوله ليستخدمها لأغراض الادراك والتفكير والتذكر. ويمكن ان تتحول الطاقة الجسمية الى طاقة نفسية وبالعكس. اما كيف تتحول هذه الطاقة فهو امر غير معروف.

- **الثبات والاتزان:** الكائن الحي مزود بالقدرة على الاستجابة للمثيرات المختلفة، سواء كانت داخلية او خارجية. وان هذه القدرة هي صفة مميزة للحياة. وعندما يتعرض الانسان لمثير (حالة عدم اتزان) ، فانه يصبح في حالة استثارة وتوتر يحاول خفض مستوى الاستثارة قدر الامكان. او على الاقل يقيها على مستوى ثابت عن طريق تفريغ الطاقة التي نشأت عن هذه الاستثارة. وهو ما يطلق عليه فرويد بمبدأ الثبات.

- **اللذة:** الجهاز النفسي كما يراه فرويد يعمل دائما بنية الوصول الى حالة اتزان، او مستوى منخفض من الاستثارة. فاذا تعرض الانسان لمثير داخلي او خارجي فان حالة الاستثارة التي يشعر بها تدفعه الى القيام بنشاط جسمي او عقلي معين حتى يتخلص من هذه الحالة ويعود لحالته الاولى قبل تعرضه للمثير. ويتحدث فرويد في هذا الجانب الى ان الانسان يجد لذة في الاتزان ويشعر بالضيق عند تعرضه لعدم اتزان وما يصاحبه من توتر.

وتحدث فرويد عن العلاقة التي تربط اجهزة الشخصية الثلاثة (الهو والانا والانا الاعلى) التي تحدد نوع سلوك الانسان. وغالبا ما يكون الصراع بين الهو (بمحتوياتها التي لا يقرها المجتمع) والانا الاعلى بما يمثله من صواب وخطأ. او بين المرفوض اجتماعيا والمقبول اجتماعيا. ويقع على الانا عبء الوصول الى مقر لهذا الصراع (Nevid, 2003) .

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

ورفض السلوكيون وجهة النظر التحليلية ويرون ان دراسة الخبرة الذاتية عن طريق التداعي الحر او تحليل الاحلام لا تؤدي الى حقائق علمية مقبولة ويصعب التحقق من صحة هذه المعلومات.

وتدور النظرية السلوكية حول محور رئيسي هو عملية التعلم والتي يشار اليها ب (م - س) حيث ان (م) هي المثير الذي يتعرض له الكائن الحي و (س) هي الاستجابة التي يستجيب بها الكائن الحي للمثير الذي تعرض له. وتعتبر المادة بمثابة المفهوم الاساسي في نظريتهم عن السلوك. وصاغوا عددا من المسلمات التي تقوم عليها تلك النظرية من ابرزها:

- ان علم النفس هو علم السلوك، والسلوك هو جميع أوجه النشاط التي يقوم بها الفرد ويمكن ملاحظتها. وبالتالي فان هذا العلم يعتمد على البيانات التجريبية والدلالات التي يمكن ملاحظتها.
- يمكن اختزال سلوك الانسان الى عمليات فسيوكيميائية بحيث يمكن تفسير السلوك في ضوء ما يحدث من تغيرات فسيولوجية ونبرولوجية بحيث يصبح سلوك الانسان عبارة عن تنظيمات من وحدات صغيرة يعبر عنها بالمعادلة (م - س) والارتباط بين المثير والاستجابة ارتباط فسيوكيميائي.
- يسلم السلوكيون بالاحتمية النفسية اي حتمية حدوث الاستجابة. اذا تعرض الانسان لمثير ما. وان من الممكن التنبؤ بنوع الاستجابة التي سيثيرها مثير معين.
- العوامل البيئية عوامل رئيسة تعمل على تكوين شخصية الفرد.

ينظر السلوكيون الى الانسان كتنظيم معين من عادات اكتسبها او تعلمها. ويؤكدون على اهمية العوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد في اثناء نموه. والاضطراب الانفعالي الاجتماعي هو نتيجة لعامل من العوامل التالية:

- الفشل في تعلم او اكتساب سلوك مناسب.
- تعلم اساليب سلوكية غير مناسبة او مرضية.
- مواجهة الفرد بمواقف صراعية تستدعي منه القيام بعملية تمييز واتخاذ قرارات يشعر بأنه لا يستطيع القيام بها.

ان الصحة النفسية من وجهة النظر السلوكية هي في اكتساب الفرد لعادات مناسبة وفعالة تساعده في معاملة الآخرين. وعلى مواجهة المواقف التي تحتاج الى اتخاذ القرارات.

ويعتمد المنحى الوجودي في علم النفس على المنحى الفينومونولوجي في نظريته الى الانسان. "الذي يدرس خبرتي وخبرة الآخرين والعلاقة بين خبرتي عنك وخبرتك عني. كما يهتم بدراسة سلوكك وسلوكي كما اخبره وسلوكك وسلوكي كما تخبره انت؟ ويصف منظروا الوجودية انسان هذا القرن في عمله واغترابه بأنه "غريب عن الله، وغريب عن الآخرين وغريب عن نفسه ويدفعه الاطار الاجتماعي الذي يعيش فيه الى ادراك هذه العزلة الوجودية او الاغتراب الوجودي الى وقوعه صريعا للقلق الوجودي ومن ثم للاضطراب النفسي".

ويرى روجرز وماسلوا (المذهب الانساني) بأن الانسان خير؛ وما يبدو عليه من عدوانية واذانية هي بمثابة اذانية اعراض مرضية ونتيجة لما يتلقاه الفرد من احباطات مختلفى او انكار لحقه في ان يحقق انسانيته. والانسان حر في حدود معينة: في اتخاذ ما يراه من قرارات. واختيار ما يناسبه من اجوية على النشاط. وقد تكون هناك مواقف وظروف تحد من حريته غير انه يبقى للانسان الحرية في اتخاذ ما يراه من قرارات. حيال ما يحد من حريته. وهو كائن حي في نشاط مستمر ويرنو دائما الى الافضل. والافضل هو ان يحقق انسانيته.

ويؤكد اصحاب هذا المذهب على دراسة الخبرة الحاضرة للفرد كما يدركها من يمر بها وليس كما يدركها الآخرون. ويلجأون في دراستهم الى اساليب متعددة. فقد يستخدمون الملاحظة المنظمة ودراسة الحالة والتقارير الذاتية او الاستفتاءات وغير ذلك من اساليب يعبر فيها من يمر بالخبرة عن خبرته.

(3 - 2) الانسان بين السواء وعدم السواء:

حاول الباحثون تحديد المعايير الخاصة بتقييم الصحة النفسية والتفريق بين السلوك السوي والسلوك الشاذ. فاستخدموا اكثر من معيار لتحديد هذا التقييم بالرغم من أن كل معيار من هذه المعايير يعاني نقصا يجعله غير صالح للاستخدام بمعزل عن المعايير الأخرى.

ويشير مفهوم الصحة النفسية الى القاعدة الإحصائية المعروفة بالتوزيع الاعتدالي التي تقوم على التوزيع ذي الحدين، فيأخذ التوزيع خلال منحنى جرسى ويمثل درجة انتشار أو تكرار ظهور خاصية معينة بين أفراد مجموعة كبيرة من الناس. ويمقتضى هذا التحديد. يعتبر الشخص متوافقا ويتمتع بالصحة النفسية والشخص الذي يبتعد عن المتوسط شاذ. وكل صفة إنسانية يمكن تحديدها وقياسها تصلح للخضوع لهذا النوع من التحليل.

ويرى المعنيون بالنواحي الاجتماعية، إعطاء المكانة الأولى للأسس الاجتماعية في بحث الطبيعة الإنسانية. ويشيرون في هذا الصدد إلى ان المجتمع يضم مجموعة من العادات والتقاليد، ولأداء والأفكار التي تسود سلوك الأفراد الذين يتألف منهم. فإذا ما خرج الأفراد على هذه المعايير التي تسود مجتمعهم اعتبر سلوكهم شاذ. واعتمادا على هذا المعيار فان هناك أشكالا من

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

السلوك، تعتبر شاذة في بيئة اجتماعية ولا تعتبر كذلك في بيئة اجتماعية أخرى. وبالمقابل هناك أشكال من الشذوذ لا توجد إلا في بعض المجتمعات. وبناء على ذلك فإن هذا المعيار رغم أهميته، غير كاف وحده كأساس لتحديد السلوك غير السوي.

ويرى كل من موس Moss وهانت Hunt أننا ننظر إلى الناس، ونلاحظ تصرفاتهم فنحكم عليها على أنها سوية. إذا كانت تنسجم مع أفكارنا وآرائنا الذاتية، وغير سوية إذا كانت تختلف عن أفكارنا وآرائنا. وإن أكثر ما يكون السلوك سويا بالنسبة لنا. هو ما كان يتلاءم مع ما نرغب فيه من وجهة نظرنا الشخصية بينما يكون الشاذ نقيضه. (عبد الغفار، 2007)

وقدم كولمان Coleman معيارا آخر لتحديد السلوك السوي من الشاذ أطلق عليه السلوك التواؤمي. ويشير في هذا الصدد إلى أن أفضل معيار لتحديد السلوك السوي من الشاذ، لا يكون في مدى تقبل المجتمع لسلوك معين أو رفضه له. وإنما يكون في مدى ما يوفره هذا السلوك من نمو وتحقيق لإمكانات الفرد والجماعة. وعليه، فإن استمرار حياة الفرد وإمكاناته أمر له قيمته بالنسبة للفرد نفسه وللجماعة. ويمكن تقويم سلوك الفرد على أساس ما حققه من أهداف سابقة.

ويستخدم علماء النفس الاكلينيكيين معيار المشاعر الذاتية للفرد "القسر الذاتي: Personal distress على اعتبار أن معظم الذين شخصوا كمرضى نفسيين يشعرون باليأس والقلق والاكتئاب وفقدان الشخصية. بالإضافة إلى أعراض مرضية مختلفة أخرى. وإن القسر الذاتي كان هو المرض الوحيد بالنسبة إليهم. كما أن السلوك العصابي يظهر عاديا جدا للمراقب الخارجي العادي ولا يمكن الحكم عليه من مظاهره الخارجية. إلا أن بعض أشكال المرض تنطوي على قسر ذاتي كحالات المرض النفسي "الشخصية السيكيوباتية" أو الانحرافات الخلقية. (عبد الغفار، 2007)

(3 - 3) النمو الانساني وعملية التكيف:

يعبر عن النمو النفسي للفرد بالمراحل التي يمر بها في سني حياته المختلفة. وتنمو فيها انفعالاته ورغباته واستعداداته وتستكمل شخصيته. ويتم هذا في إطار صحته النفسية بوجه عام. وتبدو مظاهر النمو النفسي للفرد في ثلاثة جوانب رئيسية هي:

يعرف التكيف على أنه مجموعة ردود الفعل التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي أو سلوكه ليستجيب لشروط بيئية محدودة أو خبرة جديدة. وهو عملية ديناميكية مستمرة يستهدف بها الفرد تعديل سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقا مع بيئته. وقد أشار إليه مرسى (1996) بأنه القدرة على ايجاد العلاقات المشبعة بين الفرد وبيئته، سواء كانت هذه البيئة

الوحدة الأولى

طبيعية أو ثقافية أو اجتماعية. إلا أن هناك عددا من العوامل التي تؤثر بشكل كبير في أحداث التكيف لدى الفرد من أبرزها:

- توافر المهارات اللازمة لدى الفرد لأشباع حاجاته الأساسية.
- معرفة الإنسان بنفسه (حدوده وإمكاناته) التي يستطيع من خلالها إشباع حاجاته، وأن يدرك قدراته ومهاراته واستعداداته.
- أن يتقبل الإنسان نفسه بواقعية.
- المرونة والتوافق بالنسبة للمؤثرات المتغيرة.
- المسألة وتجنب الصراع.

ويعبر عن النمو النفسي، بالمراحل التي يمر بها الفرد في سني حياته المختلفة بحيث تنمو فيها أنفعالاته ورغباته واستعداداته. وتستكمل شخصيته. ويتم كل ذلك في إطار صحته النفسية بوجه عام. وتميل الكائنات الحية إلى تغيير نشاطاتها استجابة لما يحدث في بيئتها من تغير. وعندما يطرأ أي تغير على البيئة التي يعيش بها الكائن. فإنه يعدل من سلوكه وفقا لهذا التغير. ويبحث عن وسائل جديدة لأشباع حاجاته. فإذا لم يجد أشباعا لهذه الحاجات في بيئته. فإنه، أما أن يعمل على تعديلها أو يعمل على تعديل حاجاته. أن هذا السلوك أو الإجراء يسمى تكيف Adjustment. وقد عرف التكيف: باعتباره مجموعة ردود الفعل التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي أو سلوكه ليستجيب لشروط بيئية محدودة أو خبرة جديدة (الرفاعي، 2001).

ومفهوم التكيف مفهوم بيولوجي. استند إليه داروين في نظريته في التطور وبقاء الأصناف. وقد استعار علم النفس المفهوم البيولوجي للتكيف ليستخدم في المجالات النفسية والاجتماعية للإنسان. فالفرد يتلاءم مع بيئته النفسية والاجتماعية مثلما يتلاءم مع بيئته الطبيعية.

(1) مؤشرات التكيف:

توجد مؤشرات يمكن الاستفادة منها في استدلالنا على التكيف والصحة النفسية للفرد. من أهمها:

- مدى تقبل الفرد للحقائق المتعلقة بقدراته وإمكاناته: وعلينا أن نسأل هنا: إلى أي حد يدرك هذا الشخص حقيقة وجود الفروق الفردية بين الناس ومدى اتساع هذه الفروق؟ وكيف يتصور هذا الشخص نفسه بمقارنته بالآخرين؟ وما هي فكرته عن حدود قدراته وميزاته الشخصية وما يستطيعه وما لا يستطيعه؟
- مدى استمتاع الفرد بعلاقاته الاجتماعية: أن نجاح أو فشل الفرد في إقامة علاقات مشبعة في مجال الأسرة والصداقة والزمان هو أحد المعايير الأساسية للتكيف والصحة النفسية.

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

- مدى نجاح الفرد في عمله ورضاه عنه: ولا بد من وضع الفرد المناسب في العمل الملائم من أجل المواءمة بين الفرد والعمل. ففي ذلك تحقيق للصحة النفسية والتكيف السليم.
- مدى كفاءة الفرد في مواجهة مشكلات الحياة اليومية: ذلك أن درجة مواجهة المشاق وتحمل الصعاب من أهم مقاييس الصحة النفسية واحدى المؤشرات الهامة للتكيف السليم. حيث يختلف الأفراد فيما بينهم في القدرة على تحمل المشاق ومواجهة مشكلات الحياة اليومية.
- تنوع نشاط الفرد وفضوله: هناك فرق كبير بين أن تكون اهتمامات الفرد ضيقة ومحدودة. وبين أن تتسع اهتماماته وميوله لتشمل نواحي الحياة المختلفة. فإذا صادف الفرد احباطا او فشلا في حياته عند محاولته تحقيق هدف معين. فإنه اذا لم يكن قد اختار هدفا آخر في الحياة، واكتفى بتركيز كل آماله على هذا الهدف. فإنه سينهار فعلا. وستظل حياته مفتقرة الى الاشباع باستمرار. أما اذا اتخذ الفرد لحياته أهدافا واهتمامات متنوعة متعددة. فإنه اذا ما فشل في تحقيق أحد هذه الاهتمامات، فإنه يستطيع تعويض ذلك عن طريق الاهتمام بالأهداف الأخرى حتى يتمكن من تحقيق التكيف في حياته.
- اشباع الفرد لدوافعه وحاجاته: تحرك الفرد في كل مرحلة من مراحل حياته دوافع وحاجات أساسية. بعض هذه الحاجات فزيولوجية في طبيعتها والبعض الآخر نفسية اجتماعية. واشباع هذه الحاجات والدوافع من الضرورات الأساسية لدى الفرد. من اجل تحقيق التكيف والشخصية السوية والصحة النفسية السليمة.
- ثبات اتجاهات الفرد: ولا يتحقق ثبات اتجاهات الفرد ومواقفه الا مع توافق خط فكري واضح وخلفية فلسفية عميقة تصدر عنها أحكام الفرد وتصرفاته المختلفة. وهذه العملية تيسر عليه ان يتصرف بصورة تلقائية تقريبا بالنسبة لأغلب الموضوعات والقضايا التي تعرض له.
- تصدي الفرد لمسؤولية افعاله وقراراته: ولا شك في أن قدرة الفرد على تحمل مسؤولية افعاله. وما يتخذه من قرارات هو احدى علامات التكامل والصحة النفسية في آن واحد. كما ان التهرب من المسؤولية هو دلالة على عدم تفاعل النضج الانفعالي. وان المسؤولية ترتبط ارتباطا وثيقا بالنضج والرشد.

الا ان هذه الخصائص المميزة للشخصية السوية تصطبغ في غالب الأحيان بعدد من العوامل التي تساعد في احداث سوء التكيف لدى الفرد. ولما كان التكيف يمثل مجموعة ردود الفعل التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي وسلوكه ليستجيب لشروط بيئية محدودة او خبرة جديدة. وأن لردود الفعل هذه عوامل عديدة (الرفاعي، 2001)

فالحاجات الأولية والشخصية للفرد المتمثلة في كل من حاجته الى الطعام والشراب والراحة والتخلص من الفضلات بحيث لا يستطيع البقاء دون اشباعها. اما حاجاته الشخصية فتتمثل في حاجته الى المحبة والنجاح والتقدير والاحترام.. الخ. وكلما قل اشباع الفرد لهذه الحاجات، كلما ازداد توتره، وعدم اتزانه الانفعالي. وغلبت عليه ظاهرة الاضطراب التي تضعف قدرته على التوافق.

وان عددا كبيرا من نواحي الاضطراب وعدم التوافق ناتجة عادة من الشروط الفسيولوجية والبيولوجية لبناء الجسم نفسه. فقد يؤدي ضعف عضو في الجسم: كالسمع او البصر الى ابتعاد الفرد نحو العزلة. كما قد يؤدي افراز الغدد في الجسم الى اضطراب في حساسية الفرد ونشاطه مما قد يخلق عددا من المشكلات المرضية بالنسبة له. وللمظاهر الجسدية والشخصية للفرد اثر في حدوث اضطراب في شخصيته. مما تساعد على عدم توافقه وتكيفه.

وتعتبر مرحلة الطفولة من اهم المراحل التي يمر بها الفرد في حياته حيث تتشكل قدراته وانماط سلوكه، وشخصيته. وان تلك الخبرات التي يمر بها تمثل القاعدة الاساسية في تكيفه او عدمه.

وبالرغم من ان الغالبية العظمى من الافراد يميلون في مستوى ذكائهم نحو الوسط. الا ان عددا قليلا منهم يميلون نحو الابداع والتفوق او نحو الضعف العقلي. وان هذا التفاوت في القدرة العقلية يشكل ميدانا واسعا لحالات سوء التوافق للفرد. وان التفاوت في المستويات الثقافية والاجتماعية لدى الافراد. تؤثر هي ايضا في مستوى التوافق لديهم.

كما ان موقف الانسان من نفسه في عدد من العوامل الهامة. كمكانة معرفة الانسان بقدراته وامكانياته من حسن تكيفه، وتقبل الانسان ماعنده او رفضه وعدم القبول به، وتقدير الانسان لمكانته بين اقرانه.

وتمر المجتمعات الانسانية بفترات تاريخية تغلب عليها صفة الفوضى والاضطراب وانعدام الأمن مما ينعكس هذا على افراد المجتمع بأشكال مختلفة من سوء التوافق. ويزداد استخدام وسائل الاعلام اليومية في حياة الناس وازدياد التنافس على تقديم المسلسلات والبرامج المثيرة، فانه يخلق اشكالا مختلفة من سوء التوافق. وان عددا كبيرا من حالات الاضطراب النفسي ناتجة بشكل مباشر لصدمة او خبرة مفاجئة. وان ايا من العوامل السابقة ما هي الا التربة التي هيات هذا الاضطراب وعمقته في نفس الفرد وقللت بالتالي من قدرته على التوافق السوي والسليم.

ان الفرد السوي هو الفرد الذي يقف من المشكلات موقفا ايجابيا بناءا. بمعنى أنه يواجه العوامل التي تسبب المشكلات. ويحاول - في حدود امكانياته - أن يزيل هذه العوامل او يتغلب

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

عليها. وذلك عن طريق مواجهتها مواجهة موضوعية. والفرد غير السوي أو غير المتكيف هو الفرد الذي لا يستطيع أن يحقق هذه الصفات العامة في سلوكه. فهو لا يعالج العوامل الأصلية التي تسبب المشكلة. بل يعالج مظاهرها فقط. بمعنى أنه يحاول أن يخفف من حدة التوتر الناشئ عن المشكلات التي يواجهها في المجتمع باستخدامه أحد الأساليب التالية:

والأساس في انعدام التكيف السوي هو وجود صراع انفعالي لا شعوري ينشأ من خلال عدد من العوامل البيولوجية والبيئية والنفسية المحيطة به. ويمثل الصراع أحد الخواص اللازمة للحياة في سن معين وفي كل مرحلة أو كل طبقة اجتماعية. إلا أن أنواع الصراع تختلف فيما بينها. فبعضها يكون عميقا. وبعضها الآخر قوي. كما أن بعضها يكون شعوريا، وبعضها الآخر لا شعوري.

ولا بد عند النظر إلى العوامل النفسية التي تؤثر في التوافق من توضيح عدد من العوامل النفسية التي تتوسط الظروف الاجتماعية للفرد. وتساعد في خلق عدد من الانحرافات السلوكية التي تساعد الفرد في جعله غير متكيف.

أ. الاحباط:

يشير الاحباط إلى العملية التي تتضمن ادراك الفرد لعائق يحول دون اشباع حاجاته أو تحقيق هدفه أو توقع الفرد حدوث هذا العائق في المستقبل. ويحدث الاحباط حين يواجه الفرد عقبات تقف في وجه اشباعه لحاجاته. كفقْدان الدخل أو عدم وجود دخل كاف يسمح بشراء ما هو مرغوب. وفي بعض الحالات يكون الدخل نفسه هو الأمر المرغوب، لأنه قد يمثل بطريقة رمزية الأمن أو المركز أو القوة. أو اصابته بعاقة أو أوجه القصور الجسمي أو النقص العقلي أو البعد الجغرافي أو الحواجز المحسوسة كالسياج أو نحوه والشيخوخة.

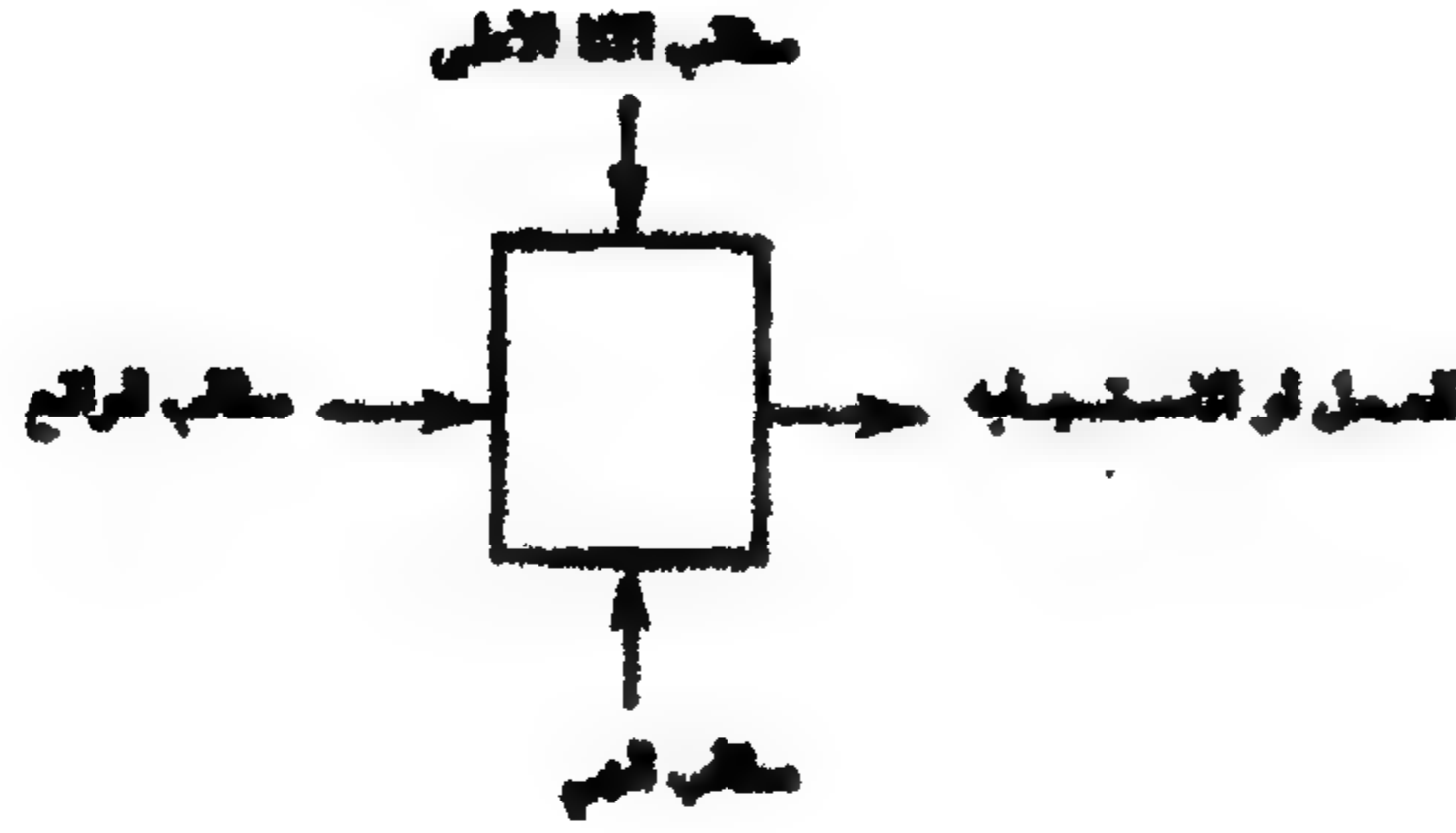
وقد تتسبب القواعد والقوانين، العادات، معايير المؤسسات، اتجاهات التحيز أو التعصب عند الناس. وظروف العمل، ومتطلبات الترقية، ولوازم الانتاج، والعلاقات بين العاملين، أو الأشخاص، ومنافسة الآخرين، وعدم فهم الآخرين للمرء أو مشاركتهم لشعوره، وفرط الاهتمام من قبل الوالدين لمجرد أن للآخرين حاجاتهم كذلك.

ب. الصراع:

يعرف الصراع، بأنه حالة يمر فيها الفرد لا يستطيع ارضاء دافعين معا. ويكون كل دافع منهما قائما لديه. ويحتل الصراع مكانة هامة بالنسبة لسوء التوافق. لأنه قد يكون الطريق لحالات الشنوء عند الفرد. وإن كثيرا من حالات الصراع تنشأ بسبب ما يضعه المجتمع من موانع وعراقيل في وجه الكثير من الدوافع القوية التي يحملها الأفراد معهم. وأن الموقف الذي يكون فيه

الوحدة الأولى

الفرد بين تجاذب عدد من القوى يدعوه الى التكيف معها. وقد تتم عملية التكيف بسرعة. وينقضي الصراع عندئذ. وقد تتأثر. ومن الممكن للصراع عندئذ ان يكون مصدرا يزعج الشخص ويضايقه. ومن الممكن للصراع كذلك ان يتطور الى ما هو أشد من ذلك. وتحدث فرويد عن الدوافع المتصارعة لدى الفرد، وأنها لا ترجع دائما الى جانب واحد.



فقد يحدث الصراع بين دوافع الهو حين ينطوي الهو على دافعين يسعى كل منهما نحو غرضه، ولا يمكن تحقيق الغرضين معا. وإلى هذا النوع يعود الصراع بين دافع الجنس ودافع الجوع، والصراع بين دافع الجنس ودافع الخوف من نتائج مجهولة.

ويشير فرويد في هذا الصدد الى ان الدوافع اللاشعورية المتعارضة كثيرا ما تسعى الى ايجاد حل وسط يكون مخرجا مناسباً لكل من الدافعين المتعارضين.

وغالبا ما تكون دوافع الأنا الأعلى لدى الفرد مما لا يمكن التوفيق بينه وبين الحاجات الأولية للهو. وهنا نجد الصراع قائما بين الهو والأنا الأعلى. ففي الطفولة المبكرة يعبر الفرد عن حاجاته الأولية بطريقة بسيطة ومباشرة لا تفيد لها اعتبارات الزمن والمكان والبيئة الاجتماعية. انه يشبع حاجاته بطريقة مباشرة، او يعبر عن وجودها بطريقة مباشرة بهدف اشباعها. ولكن التدريب الاجتماعي وأوامره ونواهيه توجد تدريجيا عوائق أمام ذلك النوع من الاشباع السهل.

وقد يحدث أحيانا صراع بين قيمة أخلاقية وأخرى أو بين معيار اجتماعي وآخر مما ينطوي عليه الضمير. أو بين واجب وآخر. كالصراع لدى الشاب بين واجبه نحو الأم وواجبه نحو الزوجة حين يدب الخلاف بين الاثنين. والصراع لدى القائد بين واجبه نحو الجندي المرهق وواجبه نحو كسب المعركة في الدفاع عن أرض الوطن.

ويمكن النظر الى الصراع من حيث ما يتم من تفاعل بين الفرد ومحيطه. فيحدث الصراع في حالات بين دوافع أو حاجات داخلية. وتكون الصبغة الغالبة فيه تعارض هدف أو غرض دافع مع غرض دافع آخر. وذلك، دون أن تكون شروط الواقع حول الشخص.

ويغلب في حالات الصراع لدى الفرد أن تجتمع فيها حاجات أو دوافع داخلية وحاجات أو دوافع تثيرها مباشرة مطالب خارجية محيطية. ويكثر أن يأخذ هذا الصراع شكل صراع بين مجموعتين من الدوافع. مثال ذلك: حاجة الجندي الى الماء الموجود خارج المكان الذي يحتمي فيه

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

وشعوره بوجود عدو ينتظر خروجه. وحاجة الطفل الى تناول قطعة من الحلوى ووجود من يوقع عقابا فيه ان هو فعل ذلك.

ج. القلق:

يلاحظ القلق عند الأشخاص في مناسبات مختلفة من حياتهم. فيلاحظ مثلا لدى طالب الجامعة قبل الامتحان وخاصة عندما يكون استعدادة للامتحان غير كاف. والعاملين في ميادين التجارة حين تلوح تباشير أزمة اقتصادية. والقائد قبل بدء المعركة. وبخاصة حين تكون بعض المعلومات عن تحركات عدوه غير متوافرة لديه. وعدد كبير من الناس المهتمين بالقضايا العامة لوطنهم حين تبدو في الأفق بوادر ثورة داخلية. والأب وهو ينتظر المولود الجديد. والأبن وهو ينتظر رد فعل أبيه على نتيجة امتحاناته غير المرضية.

ويبدو القلق في كل حالاته على شكل توتر واضطراب لدى الشخص امام حادث ينتظر أن يقع، وان يواجهه بالخطر. كما يبدو القلق على درجات تتفاوت في الشدة. فهو يتفاوت بين حالة التوتر الداخلي الخفيف وحالات الاضطراب الشديد. وهو طبيعي في درجاته البسيطة. ولكنه ليس كذلك في مستويات اشتداده.

ويشير القلق الى: حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدهده. وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فزيولوجية مختلفة. ويرى فرويد: ان القلق رد فعل لحالة خطر. بينما تراه هورني Horney استجابة انفعالية لخطر يكون موجها الى المكونات الأساسية للشخصية. ويشير اليه مي May باعتباره ادراك لتهديد موجه نحو قيمة ما يتعبرها الفرد أساسية في وجوده كشخص. ويعرفه ماسرمان Masserman بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد وراء التكيف. ويراه يونج Jung على أنه رد فعل يحدث عند الفرد حين تغزو عقله خيالات صادرة عن اللاشعور الجمعي.

ويعاني كل شخص من ضغط القلق في فترات مختلفة من حياته. وبالتالي، فالقلق حالة عامة. والقلق العام منه نوع خفيف يظهر على شكل اشارة تحفزنا الى اطلاق الطاقات الداخلية بغية الدفاع عن الذات وحفظها. أما القلق العصابي فليس عاما. وانما هو حالة خاصة تستدعي الرعاية والعلاج. واستعداد الشخص للقلق ليس دليل شنوء عنده. بل هو وسيلة في سعيه وراء التكيف. ويظهر الناس تفاوتا في القلق وشدته. فالأشخاص الذين تكون ثقتهم بأنفسهم شديدة وقائمة على خبرة واسعة ويكونون أقوياء محبوبين يكون مدى بعدهم عن القلق أوسع من مدى الذين تكون ثقتهم بأنفسهم ضعيفة ويكونون غير محبوبين.

مما يزيد الأمر تعقيدا بالنسبة للقلق عملية أخرى تعتبر نتيجة له. كما تعتبر مسؤولة عن ذلك الغموض الذي يحيط بأسبابه ومصادره. وهي عملية الكبت. ويعني الكبت: استبعاد الدوافع المثيرة للقلق من الشعور. فعندما يعاقب الأبوان ابنهما لفعل خاطيء. فإن الدوافع لارتكاب هذا الفعل يصبح مشيرا للقلق. ولما كان للقلق نفسه صفة الدافع. لذلك، فإن القلق في هذه الحالة يدفع الى عدم استجابات للتخلص من هذا المثير. وبما أن المثير في حالة القلق هو مثير داخلي وليس خارجيا. فإن الاستجابات التي يمكن أن تحقق هذا الغرض لا تخرج عن أحد الاختصاصات الثلاثة التالية:

1. الهروب من المثيرات أو المواقف التي تثير هذه الدوافع. وهذا غير ممكن إذ يستحيل على الشخص أن يهرب من هذه المواقف حيث أن الثقافة التي تعيش فيها مليئة بمواقف التنافس والاحباط والعدوان وغير ذلك. مما يرتبط اما بالدوافع الأولية أو الدوافع المكتسبة التي اقترنت بالعقاب أثناء عملية التطبيع "التنشئة الاجتماعية".
2. قمع هذه الدوافع: وهذا غير ممكن أيضا لأن القمع عملية تتطلب توافر القدرة على الحكم والاستدلال والمقارنة. وغير ذلك من العمليات العقلية العليا. التي لا تكون قد نمت أو نضجت بعد عند الطفل أثناء عملية التطبيع الاجتماعي.
3. كبت هذه الدوافع: وهذا ممكن عن طريق استبعاد هذه الدوافع من الشعور أو من القدرة على التعبير اللغوي سواء في ذلك اللغة الظاهرية، أو اللغة الداخلية "أي التفكير".

ولما كانت انفعالات الفرد وتوتراته. تمثل استجابات تعتمد اساسا على ادراكه للمواقف الضاغطة. بحيث تشمل عددا من ردود الفعل الفزيولوجية والنفسية لمواجهة الموقف. فقد أشارت الدراسات العديدة على الدور الكبير الذي يلعبه الدماغ ممثلا بأجزائه الثلاثة: الهيپوثلاموس، والجهاز الطرفي، والفص الجبهي. في التحكم في حالات القلق والتوتر للفرد.

ونتيجة لتعرض الفرد لموقف ضاغط. تتغير قوة وسرعة ضربات القلب حسب الموقف الضاغط. وتتغير وظائف الكلية ونسبة الماء والأملاح في الجسم. ويزداد افراز الماء والأملاح ويكثر التبول. ويلاحظ أنه خلال عمليات الاجهاد النفسي، تزداد كثافة الدم. وتصبح امكانية الاصابة بالتجلط واردة. ويزداد الجهاز العصبي توترا وتتحول الى تغيرات لا ارادية تحت الموقف الضاغط. ويسرع التنفس او يبطء. ويزداد عمقا او يصبح سطحيًا تبعا للحالة الانفعالية المصاحبة للموقف الضاغط. ولحركات التنفس اثر بالغ في تغير نبرات الصوت وسرعة الكلام وشدته. وتنشط الغدتان المجاورتان للكليتين في الخوف والغضب والتهديد بخطر مفاجيء. فتفرز كميات كبيرة

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

من الأدرينالين. ويزداد افنتاج الكبد للسكر الذي يغذي العضلات. ويزيد من نشاطها. كما أن هناك علاقة قوية بين المواقف الضاغطة وكمية جريان الدم.

ولما كان القلق الناجم من مواقف الاحباط والصراع والكبت يمثل حالة غير سارة لدى الفرد. فقد استخدم فرويد Freud مصطلح ميكانيزمات الدفاع Defense mechanism للإشارة الى العمليات اللاشعورية التي تحمي الفرد ضد القلق والتي يمكن تصنيفها في ثلاثة أساليب هي:

1. أساليب الدفاع الهجومية: وتشتمل على أساليب التعويض الزائد Excessive compensation، والتبرير Rationalization، والانسقاط Projection، والتقمص Identification، والنقل Replacement.
2. الأساليب الانسحابية: وتشتمل على أساليب الانعزالية والانزواء Introversion، والتخيل وأحلام اليقظة Fantasy، والنعكوص Regression.
3. الأساليب الاستعطافية: وتشتمل على أساليب الهستيريا Hysteria، والوسواس Obsession، والقهر Compulsion، والفوبيا أو المخاوف المرضية Phobia.

هـ. المواقف الضاغطة:

ركز الباحثون في دراساتهم عن الضغط حول الاحداث الضاغطة واصطلحوا عليها مسببات الضغط Stressors والتي تتضمن الضجيج، والاكتظاظ، والعلاقة الاجتماعية السيئة، والخضوع لمقابلات عدة من اجل البحث عن عمل. او تغيير العمل. وقد ساعدت دراسة مسببات الضغط على تحديد بعض الظروف التي يمكن اتحدث الضغوط اكثر من غيرها.

ويمكن النظر الى الضغوط من عدة جوانب فينظر الى الضغوط من حيث هي استجابة للتهديد: حيث يربط الباحثون بين الضغوط، والبقاء للإنسان معتبرين الضغوط سببا من أسباب بقاء الإنسان لما يترتب عليها من محاولة الدفاع عن النفس، والبحث عن وسائل الحماية والتكيف. كما ينظر للضغوط من حيث هي عوامل داخلية متعلقة بالفرد: باعتبار ان ضغوط العمل تمثل دافعا للفرد نحو البقاء. الا ان المصادر المسببة للضغوط لا تأتي بالضرورة من خارج الفرد. فقد تكون كامنة في طبيعته حيث تمثل مصدر ضغوط له تدفعه الى محاولة التكيف مع العالم الخارجي.

ويؤثر الضغط على الأفراد بأشكال مختلفة، الا ان احد الاعراض التي يشعر بها الجميع هو الشعور بالقلق. وما عدا ذلك، فان الشعور في الضغط يختلف من شخص الى آخر. وهناك فرق بين الناس الذين يكون رد فعلهم عصبيا مثل فقدان السيطرة، وبين الافراد الذين يكون رد فعلهم

جسديا مثل تعرضهم للقرحة. ولكن ولأسباب غير معروفة، فإن كل شخص قد طور ردًا مختلفًا للضغط على المستوى النفسي والجسدي.

يؤدي التعرض للضغط إلى تدخل كبير قد تنشأ عنها آثار قصيرة الأمد أو طويلة الأمد على الصحة. من قبل اثنين من أجهزة الجسم التي تتبادل التأثير هما: الجهاز العصبي السمبثاوي المنشط نخاع الأدرينالية (SAM) Sympathetic adrenomedullary (SAM) وأجهزة ما تحت المهاد والغدة النخامية المنشطة للقشرة الأدرينالية - Pituitary - Hypothalamic (HPA) Adrenocortical (HPA) بحيث تشكل ردود الأفعال الناتجة عن التعرض للضغط، فيتم ادراك الأحداث التي يواجهها الفرد وتصنيفها بأنها مؤذية أو مهددة عن طريق القشرة الدماغية التي تقوم بدورها بوضع الأساس لسلسلة من ردود الأفعال التي تتقرر بفعل هذه التقسيمات، إذ تنتقل المعلومات من القشرة الدماغية إلى الهيبوثلاموس / تحت المهاد Hypothalamus الذي يبادر إلى القيام بواحدة من أكثر الاستجابات المبكرة لدى التعرض للضغط. كما يؤدي تنبيه الجهاز السمبثاوي إلى استثارة نخاع الغدة الأدرينالية التي بدورها تفرز الكاتيكولامينات Catecholamines والابينيفرين Epinephrine والنورابينيفرين Nor - Epinephrine التي تؤدي بالشخص إلى مشاعر الضيق التي يمر بها في العادة كرد فعل على التعرض للضغط. وتقود الاستثارة السمبثاوية إلى زيادة ضغط الدم، وتسارع ضربات القلب، وزيادة التعرق وتضيق الأوعية الدموية الذاتية.

وبالإضافة إلى تنشيط الجهاز العصبي السمبثاوي، فإنه يتم تنشيط أجهزة الهيبوثلاموس والغدة النخامية المنشطة للقشرة الأدرينالية (HPA). فيقوم الهيبوثلاموس بإطلاق العامل المحفز للقشرة (CRF) Corticotrophin releasing factor الذي يستحث الغدة النخامية لإطلاق الهرمون المنشط في القشرة الأدرينالية هرمون جلوكوكوستيرويد القشرة Glucocorticosteroids ويعمل هرمون الكورتيزول على حفظ مخزون الكربوهيدرات ويخفض من الالتهاب عند التعرض للإصابات. ويقوم الجزء السمبثاوي (ANS) بتحريك موارد الجسم في الحالات الطارئة. بحيث تشتمل على زيادة في سرعة ومعدل وقوة الانقباض القلبي وانقباض الأوعية الدموية في الجلد. وتناقص في النشاط المعدي، وزيادة في التنفس، وتحفيز الغدد الدرقية. واتساع بؤبؤ العين. كما يعزز من الاسترخاء ويعمل تحت ظروف عادية وغير مجهدة.

ويقوم الجهاز العصبي السمبثاوي بخدمة نفس الأعضاء المعنية ولكنها تميل لتعمل بالتناوب. وتفعيل أحدها عندما تتناقص الأخرى. وعلى سبيل المثال فإن تفعيل الجزء السمبثاوي يقلل من إفراز اللعاب مما يعطي إحساسًا بجفاف الفم. في حين أن تفاعل وتنشيط الجزء نظير السمبثاوي يعزز من إفراز اللعاب.

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

ويتم تفعيل (ANS) بواسطة الناقلات العصبية. عن طريق أستيل كولين ونوريبيغرين ويكون لهذه الناقلات العصبية تأثير معقد. ويؤثر كل منها في أجهزة عضوية مختلفة لأن الاعضاء تحتوي على مستقبلات عصبية كيميائية مختلفة. (Brannon& Feist, 2009)

ويرى تايلر ان الاحداث لا تسبب الضغط بحكم خصائصها الموروثة وان ما يقرر انها مصدر ضغط ام لا يعتمد بشكل اساسي على تقييم الفرد لتلك الاحداث.

فالاحداث السلبية Negative events تسبب الضغط اكثر من الاحداث الايجابية. فتعرض الشخص لأحداث تعرضهم لأعباء اضافية، او مشاكلهم تفوق امكاناتهم وقدراتهم تسبب له الضغط. وامثلة تلك الاحداث كثيرة لدى الفرد. كالتسوق في الاماكن المزدحمة، والتخطيط لعمل حفلة، والحصول على ترقية غير متوقعة في العمل، والاقبال على الزواج، والتعرض لمخالفة السير، او البحث عن عمل، او فقدان احد المقربين له. وغي ذلك من الاحداث التي تؤثر في الافراد سلبا او ايجابا (Rathus, 2002).

وترتبط الاحداث السلبية ارتباطا كبيرا بالمعاناة النفسية والاعراض الجسمية اذا ما قورنت بالاحداث الايجابية. وان الاحداث الضاغطة تؤثر بشكل سلبي على مفهوم الذات وقد تسبب فقداننا لتقدير الذات. او الاحساس بفقدان السيطرة على الامور.

وتلعب شخصية الفرد دورا بارزا في تحديد مستوى معاناته من المواقف الضاغطة وردود فعله ازاء هذه المواقف؛ ولاشك بأن نمط الشخصية التي يتميز بها الفرد تحدد التزامه في العمل وميله، ومدى نشاطه وفعاليته ومناقشته وطموحه وصبره وتوتره ازاء المواقف الضاغطة. والشخصية القلقة تعتبر القلق نذير خطر يتهدد سلامتها واحساسها بالسعادة والرضا. كما ان مفهوم الفرد عن ذاته، تعتبر ذات تأثير كبير على ثقته بنفسه وعلى سلوكه. وان قدرة الفرد على تنظيم رد فعله قد يؤثر على الاحداث غير السارة. لان الاحداث التي تخضع للسيطرة تصبح اقل اذى. وكلما شعر الفرد بقدرة اعلى من الضبط استطاع مواجهة الضغوط بشكل افضل (Riggio, 2009).

(3 – 4) الحاجة إلى الإرشاد النفسي؛

الإرشاد النفسي موجود منذ القدم، وكل منا يقدم خدماته الإرشادية لطلبته دون أن يسميها بهذا الاسم. ودون أن تأتي تلك الخدمات في إطار برنامج منظم يستند إلى أسس ونظريات وطرق محددة.

فلماذا تحتاج إلى الإرشاد النفسي؟

نحن نحتاج الى الإرشاد النفسي في جميع مراحل حياتنا المتتابعة.

فمهمة المدارس في عصرنا الحاضر لا تقتصر فقط على تنمية شخصية الفرد وتزويده بقسط وافر من الثقافة العامة، ومساعدته على التوافق الشخصي في حياته المستقبلية. وإنما تزوده أيضا بالمعارف والمهارات التي تؤهله إلى تولي بعض الأعمال الخاصة.

وكانت الأسرة في الماضي عائلة كبيرة تجمع الجد والأبناء والأحفاد. وكان لكبير الأسرة كلمته المسموعة وسلطته. والتعاون السائد بين جميع أفراد الأسرة الواحدة. إلا أن تغيرات كبيرة قد حدثت لنظام الأسرة هذا. كان من أبرز مظاهره: ظهور الأسرة الزوجية الصغيرة المستقلة. وضعف العلاقات بين أفرادها. وظهور مشكلات أسرية. مثل مشكلة السكن ومشكلات الزواج ومشكلات تنظيم الأسرة. ومشكلات الشيخوخة. وخروج المرأة إلى العمل لتدعيم الأسرة اقتصاديا مما أدى إلى تغير العلاقات مع الزوج والأبناء. وفي المجتمع بصفة عامة مما أدى إلى ظهور مشكلات من نوع جديد. وظهور مشكلات جديدة مثل تأخر الزواج أو الاضرار عن الزواج والعنوسة وحالات الأم غير المتزوجة والاب غير المتزوج.... الخ.

ويشهد العالم تغيرات اجتماعية متسارعة يقابلها في الوقت نفسه ضبط اجتماعي يساير المعايير الاجتماعية ولا ينحرف عنها. وأن عوامل التغير الاجتماعي تلك أدت إلى زيادة سرعته فالتقدم العلمي الهائل والتكنولوجيا المتقدمة وسرعة انتقال الثقافات المختلفة ودخول عالم الإلكترونيات والوسائط المتعددة بين مجتمعات العالم ساعدت على أحداث ذلك التغير. مما جعل الحاجة ملحة للتوجيه والإرشاد للفرد والجماعة.

وتطور التعليم وتطورت مفاهيمه وتعددت أساليبه وطرقه ومناهجه والأنشطة التي تتضمنها. فتمركز التعليم حول الطالب والاهتمام به ككل وبحياته الشخصية والانفعالية والاجتماعية والعقلية والجسمية ونمو الذات ومفهوم الذات قبل المادة الدراسية.

وقد يؤدي عدم تنظيم التوجيه والإرشاد النفسي إلى الأضرار بصحة الفرد والتسبب له في العديد من الأمراض النفسية والجسمية. فسعادة الفرد الفعلية تتحقق من ثقته بذاته وحبه لعمله ورضاه عنه وشعوره بقيمة ذاته كعضو نافع في المجتمع يستطيع أن يساهم في تقدم مجتمعه الذي ينتمي إليه.

(1) مفهوم الإرشاد النفسي:

الإرشاد كعلم وفن وممارسة حديث النشأة. فقد كان أول ظهوره مرتبط بحركة التوجيه المهني في أوائل القرن العشرين. لكنه لم يزدح إلا في الثلاثينات ومنها انتقل إلى بقية بلدان العالم. والإرشاد بصفة عامة يدور حول الهداية إلى السلوك الأمثل. بمعنى أنه يتعلق بالتأثير في السلوك وتغييره. فالمرشد النفسي يهتم بشكل أساسي بتغيير السلوك الإرادي

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

للمسترشد /العميل. والمسترشد / العميل يلجأ بدوره طواعية إلى المرشد كي يساعده على إحداث هذا التغيير. (Shertzer& Stone, 2004) .

فالارشاد عملية لا تزيد عن كونها مناقشة حبية بين شخصين تربطهما علاقة إخلاص وثقة. ولكنها بالنسبة للمشاهد الخبير أكثر من مجرد زيارة دردشة. والمرشد يجاهد ليساعد الطالب كي يبوح بقصته بطريقته الخاصة. كما أنه يبذل جهده ليكشف عن أفكاره وأحاسيسه الحقيقية.

وتتميز كل عملية إرشاد بطبيعتها الفريدة. والخطوات الأساسية لعملية الإرشاد في: الحصول على البيانات الكافية عن الفرد والموقف والتعرف إلى المشكلة. والاعتبارات التي تراعى في المقابلة من حيث الإعداد للمقابلة والإنصات للعميل ومساعدته للتعرف إلى المشكلة وتنمية استبصاره. ومعاونته للوصول إلى الحل الملائم. والتحويل للجهات المناسبة ومتابعته للمقابلة (مرسي، 1996) .

والارشاد علاقة متبادلة تقوم بين فردين. وهذه العلاقة ترمي إلى غرض أو هدف. إذ يقوم فيه أحدهما وهو الأخصائي بحكم مرانه وخبرته. على مساعدة الشخص الآخر. وهو العميل. حتى يغير من نفسه ومن بيئته ووسيلة هذه العلاقة هي المقابلة وجها لوجه بين الأخصائي والعميل. ويتم الإرشاد في هذه المقابلة.

الارشاد عملية تقوم مباشرة بين شخص وآخر فيما يساعد أحد الطرفين الآخر على زيادة فهمه لمشكلاته وقدرته على حلها (Nordbery, 2009) .

والارشاد عملية رئيسة في عمليات التوجيه وخدماته. وهو العلاقة التفاعلية التي تنشأ بين المرشد التربوي والمسترشد بقصد تحقيق أهداف التوجيه أو بعض منها (أبو غزالة، 1985) .

فالإرشاد النفسي إذن هو علم تطبيقي في المقام الأول وهو مهنة تستمد جذورها من تلاقى وتداخل معارف كثيرة مستمدة من مجالات علم النفس والاجتماع الانثروبولوجيا والتربية والاقتصاد والفلسفة. وكل علم من هذه العلوم له مساهمته في الإرشاد النفسي. وبالنظر الى تعريفات الارشاد السابقة فأننا نجد ان الارشاد عملية بناءة تستهدف مساعدة الفرد في ان يفهم ذاته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي امكاناته لحل مشكلاته في ضوء معرفته وتدريبه كي يصل الى تحقيق أهداف المأمولة. وأن الارشاد النفسي بكلية يرمي الى مساعدة الفرد على تحقيق فهمه لذاته ولبينته وللمشكلات التي تواجهه. واستغلاله للامكانيات الذاتية وامكانيات بيئته. ويتكيف مع نفسه ومع مجتمعه فيتفاعل معه تفاعلا سليما. ويستخدم ما لديه من امكانيات واستعدادات وامكانيات بيئته ويوظفها في احسن توظيف. (حسين، 2006)

ويسعى الإرشاد النفسي إلى تنمية مفهوم الذات الإيجابي لدى الفرد. وتحقيق توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته. وأن الهدف الشامل والعام للإرشاد النفسي هو في تحقيق الصحة النفسية. وتحقيق سعادة الفرد وهنائه. والصحة النفسية تعد حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا. ويشعر بالسعادة مع نفسه. ومع الآخرين. ويكون قادرا على تحقيق ذاته. واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن. ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة. وتكون شخصيته متكاملة سوية. ويكون سلوكه عاديا. بحيث يعيش في سلامة وسلام.

ويرى عدد من الباحثين (Shertzer & Stone, 2004) أن هدف التوجيه والإرشاد النفسي هو تمكين الطلبة المسترشدين من اتخاذ قرارات فيما يتصل بالقضايا الهامة بالنسبة إليهم. كما توجه أساليب الإرشاد والعلاج النفسي على اختلافها، المريض كي يتمتع بالتكيف الملائم. ومهما اختلفت المدارس التي ينتمي إليها المرشدون والمعالجون النفسيون. فإن الهدف الأساسي للإرشاد والعلاج النفسي هو في تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي للفرد ومساعدته على تحقيق السعادة مع نفسه. ومع الآخرين. وإزالة العوامل المسببة للمرض النفسي. بعلاج أعراض المرض النفسي، وإتمام الشفاء والحيولة دون حدوث نكسة، وحل المشكلات ومواجهتها وتحويلها من مشكلات مهيمنة إلى مشكلات مسيطرة عليها. وتعديل السلوك غير السوس وتعلم السلوك السوي الناضج، والدوافع التي تكمن وراء السلوك السوي الناضج. والتخلص من نواحي الضعف والعجز وتعزيز وتدعيم نواحي القوة، والتعرف على القدرات وتنميتها. والقضاء على عدم التطابق بين مستويات مفهوم الذات المختلفة. وتنمية مفهوم الذات الموجب وتحقيق التطابق بين مستويات مفهوم الذات. وتحقيق تقبل الذات وتقبل الآخرين وإقامة علاقات اجتماعية سليمة. وزيادة قوتها. وتدعيم بناء الشخصية وتحقيق تكاملها. ، والقدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الإحباط والتوتر والقلق، وتقبل وتحمل المسؤولية الشخصية بالنسبة لتقديم العلاج نحو تحقيق أهدافه. وتعلم أساليب أكثر فاعلية لمواجهة البيئة بمطالبها المتعددة بصورة واقعية.

رابعاً: أسس الارشاد النفسي ومسلماته:

يستند الارشاد النفسي على مجموعة من الأسس والمبادئ تمثل في مجموعها فلسفة الارشاد التي يجب على المشتغلين في هذا المجال فهمها وادراكها ومعرفة كيفية تطبيقها والاستفادة منها وهي (مرسي، 1996):

(1 - 4) الأسس والمسلمات العامة للارشاد النفسي:

(1) الثبات النسبي للسلوك الإنساني وامكان التنبؤ به:

السلوك هو النشاط الحيوي الهادف، جسميا أو عقليا أو اجتماعيا أو انفعاليا. الذي يصدر عن الكائن الحي نتيجة لعلاقة دينامية وتفاعل بينه وبين البيئة المحيطة به. وكما ترى، فالسلوك الإنساني مكتسب متعلم في معظمه وذلك من خلال التنشئة الاجتماعية ومن خلال التربية والتعليم. ويكتسب السلوك صفة الثبات النسبي الذي يمكن التنبؤ به. ويسعى المعالج إلى تعديل سلوك مرضاه بعد أن يكون درس أوضاعهم واستنتج أسلوب حياتهم ومشكلاتهم واحاط بمعايير النمو في الشخصية العادية لديهم.

(2) مرونة السلوك الإنساني:

للتعديل والتغيير. فالثبات النسبي للسلوك الإنساني لا يعني الثبات المطلق أو الجمود. والمرونة لا تقتصر على السلوك الظاهر الذي تمكن ملاحظته فحسب، بل يتعدى ذلك ليشتمل التنظيم الأساسي لشخصية الفرد ومفهوم الذات، مما يؤثر في سلوكه.

(3) السلوك الإنساني فردي - جماعي:

السلوك الإنساني سلوك فردي واجتماعي معا. مهما بدا فرديا بحتا أو اجتماعيا خالصا. وعندما يكون الفرد وحده يبدو فيه تأثير الجماعة. وسلوكه وهو مع الجماعة تبدو فيه آثار شخصيته وفرديته وينطبق الأمر على الأشخاص الذين يكون سلوكهم متأثرا بسماتهم الشخصية وبالمعايير والاتجاهات والأدوار الاجتماعية التي تؤثر فيه. فالشخصية تعبر عن مجموعة السمات الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية التي تميز الشخص عن غيره. والمعايير الاجتماعية تعبر عن مقياس السلوك الاجتماعي لما هو صحيح وما هو خطأ. ولما هو ممكن وما هو عيب. أما الأدوار الاجتماعية التي يمكن أن يلعبها الفرد فمتعددة. انك كطالب أو معلم وكأخصائي يمكنك ان تكون الأب والأخ والقائد والتابع بالإضافة إلى دورك طالبا أو معلما أو أخصائيا نفسيا أو اجتماعيا.

(4) الاستعداد للإرشاد النفسي:

ان لدى كل واحد منا استعداد للتوجيه والإرشاد استنادا إلى وجود حاجة أساسية لدينا وهي حاجتنا للتوجيه والإرشاد من مواجهة المشكلات التي نواجهها. وزملائك أيضا يدركون حاجتهم إلى التوجيه والإرشاد وهم لذلك يسعون إليه باقتناع. وهو أمر بالغ الأهمية. ومن أجل ذلك. لا يمكنك تقديم شيء لزملائك إذا لم يكونوا مستعدين لتقبله.

(5) حق الفرد في الإرشاد النفسي:

الإرشاد يعتبر حاجة نفسية هامة لدى الفرد. ومن مطالب النمو السوي للأشخاص إشباع حاجاتهم هذه. من كل مستويات الأفراد العاديين وغير العاديين الذين يواجهون مشكلات محددة والمتفوقون في حياتهم أيضا وواجبنا كأخصائيين نفسيين توفير الخدمات الإرشادية في مراكز عملنا بحيث نساهم في تطوير زملائنا تربوياً وشخصياً كمجموعات وأفراد.

(6) حق الفرد في تقرير مصيره:

يعتبر حق الفرد في تقرير مصيره بنفسه من المبادئ الهامة في الإرشاد. وهو أمر يتطلب الاعتراف بقيمة الفرد وحقه في الاختيار من بين الأبدال المتوافرة لديه. والشخص العادي يختار لنفسه بديلا سليما من بين أبدال مرغوب فيها. وأنت أيضا لا تقدم لزملائك حلا جاهزة ولكن تساعدهم في اقتراح الحلول واتخاذ القرارات بنفسه لنفسه.

(7) تقبل الطالب المسترشد:

إن أحد مبادئ الإرشاد الرئيسية قائمة على تقبل المرشد للطالب المسترشد كما هو ودون شروط. والمرشد لا يحقق مع المسترشد ولا يصدر أحكاما فيما يتصل بسلوك طلبته بل عليه أن يكون صبورا واسع الصدر يشعر الطالب المسترشد بالطمأنينة والتفهم. مع ملاحظة أنه وإن كان يتقبل الطالب المسترشد كما هو. فإنه يسعى إلى تعديل سلوكه المرضي في الاتجاه الصحيح والمرغوب فيه.

(8) عملية الإرشاد مستمرة طوال الحياة:

عملية الإرشاد مستمرة طوال حياة الفرد. وهي غير محددة بمراحل. وإنما تبدأ في الأسرة قبل دخول الطفل مدرسته. وتستمر على مقاعد المدرسة وفي الجامعة والعمل. فهي مستمرة متتابعة من الطفولة إلى الكهولة. ولهذا فإن العملية الإرشادية تسعى لتقديم خدمات وقائية وعلاجية من جهة وخدمات نمائية من جهة أخرى.

(9) الإرشاد الديني علاج ووقاية ونماء للفرد:

يقوم الإرشاد الديني على أن يعرف الفرد نفسه وربه ودينه والقيم والمبادئ الروحية والأخلاقية لدينه. ويمكن للإرشاد الديني أن يساهم في تحرير الفرد المضطرب من مشاعر الإثم والخطيئة التي تهدد طمأنينته وأمنه النفسي. خاصة فيما يتعلق بمرحلة المراهقة. ومساعدته على تقبل ذاته. وتحقيق وإشباع الحاجة إلى الأمن والسلام النفسيين.

(4 - 2) الأسس الفلسفية لعملية الإرشاد النفسي:

يبدأ الإرشاد من الفرد وللغرض من حيث الاستفادة والتطبيق. بحيث يسعى إلى تحقيق رغباته ويشبع حاجاته دون خروج على ما يرسمه المجتمع الذي يعيش فيه. وما يتعارف عليه أفراد من عادات وتقاليد ومعتقدات. وأن مبدأ الإرشاد الذي يقوم على مبدأ أن الإنسان حر في تحديد أهدافه والعمل على تحقيقها. ووظيفة المرشد هو في مساعدته على القيام بذلك. بتقديم المعونة الفنية التي تحقق له الغرض الذي نشده. فالهدف من الإرشاد أذن هو في مساعدة الفرد في تحقيق ذاته في مختلف المجالات عن رغبة ودون اكراه. وأن يحترم المرشد حق الفرد في تحديده لأهدافه ووضع الخطط التي تحقق له تلك الأهداف.

(4 - 3) الأسس النفسية والتربوية لعملية الإرشاد النفسي:

تستند عملية الإرشاد النفسي على مجموعة من المبادئ والمسلمات النفسية المشتقة من دراسة الطبيعة البشرية المتمثلة فيما يلي:

- يعد الإرشاد النفسي عملاً مشتركاً بين شخصين يقدم فيه أحدهما ما لديه من معلومات وخبرات ووسائل لشخص يشعر بأنه أزاء مشكلة لا يستطيع أن يتغلب عليها بنفسه.
- احترام الفرد والاعتراف بكرامته وحقه في اختيار المهنة التي تناسبه.
- مراعاة الفروق الفردية بين الأشخاص من حيث قدراتهم واستعداداتهم ومميزات شخصياتهم
- يوجد في داخل الفرد الواحد ألوان شتى من الاختلاف في خصائصه الجسمية والنفسية والعقلية للفرد. وأنها تختلف بين كل مرحلة من مراحل النمو والمرحلة التي تليها.
- تؤثر جوانب الشخصية المختلفة بعضها على البعض الآخر. ولذلك، فإنه لا بد من مراعاة نمو الشخصية الانسانية مراعاة تامة حيث أن جوانب الشخصية المختلفة تؤثر على بعضها البعض.
- وفي كل مرحلة من مراحل النمو المختلفة للفرد. تنشأ لديه كثير من الحاجات التي تتطلب الإشباع. ولا بد من مراعاة إشباعها. مع الأخذ بعين الاعتبار مستوى النضج عنده والاصول الثقافية والقيم الاجتماعية التي نشأ فيها وترعرع.

الوحدة الأولى

- تعتبر عملية الارشاد عملية تعلم. ليستفيد منها الفرد في رسم طريقه في الحياة. وتعميم ما اكتسبه من خبرة على المواقف الجديدة التي تعترض سبيله. والتحديات التي تتطلب حلا ودراية وتخطيطا.
- مساعدة الفرد على تبني الموضوعية والعلمية في تفكيره وسلوكه بدلا من الطموح الذي لا يستند الى اساس واقعي. ومعرفة مصادر قوته وضعفه عند اتخاذ القرار المناسب لاختيار المهنة.
- التعريف بالخيارات المتوافرة لدى الفرد بعد اكمال تعليمه ومنها مشكلات البطالة.
- ينبغي ان يكون الارشاد مبنيا على اساس معرفة الفرد وقدراته وتحصيله الدراسي ومستواه الوظيفي من ناحية وفرص العمالة المتوافرة وحاجاته ومستوى التطور الاقتصادي والثقافي والاجتماعي من ناحية أخرى.
- ضرورة وضع سياسات التدريب والارشاد النفسي وتنفيذها وتطويرها بالتعاون مع منظمات اصحاب العمل والهيئات العمالية والجهات المعنية الاخرى. وينبغي ان تتزامن برامج الارشاد النفسي مع مراحل العمر التي يمر بها الشخص. فاختيار مهنة معينة يتأثر بمستوى النضج العقلي والانفعالي والاجتماعي الذي يصل اليه.

(4 - 4) الأسس الاجتماعية لعملية الارشاد النفسي:

تقوم عملية الارشاد على مجموعة من الاسس والمبادئ التربوية والاجتماعية:

فهي تهتم بعملية الارشاد باشباع حاجات الفرد التي تنشأ في مجالات الحياة المختلفة وفي ابعاد النمو المختلفة. وان عمليتي الارشاد والتعلم تكمل كل منهما الاخرى. بحيث تساعد عملية الارشاد على جعل عملية التعليم اكثر فاعلية. وتنبه المنهج وطريقة التدريس الى العمل على تحقيق التكيف الفردي والاجتماعي لأفراد المجتمع المدرسي.

وتستند عملية التوجيه والارشاد الى خدمات قائمة على اسس واهداف واضحة وهي ليست جزءاى من المنهج المدرسي بل ان خدمات التوجيه والارشاد تستغل المنهج والنشاط المدرسي لتحقيق اهدافها. كما تقوم بدور فعال في تعديل المنهج وتخطيط برامج النشاط بما يساعد على تحقيق اهداف التوجيه. وان تعاون اخصائي التوجيه مع المعلمين والقائمين على شؤون المدرسة من الامور الضرورية لانجاح عملية التوجيه. وتنشيط العملية التربوية بصورة عامة.

ولا بد من الاهتمام بالتلميذ كعضو في جماعة. فالى جانب الاهتمام به كفرد. تقدم له وحده خدمات التوجيه في صورة التوجيه الفردي. نجد ان خدمات التوجيه تهتم به ايضا باعتباره يعيش في جماعات مختلفة كالأسرة والجيران والاصدقاء والمجتمع المحلي والقومي

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

والعالمي، ولا بد من تخطيط خدمات في التوجيه الجمعي. ومن الضروري ان يفهم الفرد دوره ووظيفته ومكانته في الجماعات والمؤسسات التي ينتمي اليها. وتعتبر عملية التفاعل بين الفرد والمجتمع هذه، هي المحور الاساسي لعملية التوجيه والارشاد النفسي.

وتعتبر المدرسة من اكثر المجالات الاجتماعية اهمية من حيث قدرتها على تقديم المساعدة للفرد سواء كان طفلا او مراهقا او شابا. وسواء عن طريق خدمات التوجيه المنظمة بواسطة اخصائيين مدربين او عن طريق تعديل المناهج وطرق التدريس وتحسين الجو المدرسي. بحيث تصدر عن هذه التعديلات عن وجهة نظر توجيهية.

ولا بد من مشاركة الاء وقادة المجتمع الذي يعيش فيه التلميذ في عملية التوجيه والارشاد. بحيث تؤدي هذه المشاركة الى تنسيق التعاون بين المدرسة (باعتبارها المؤسسة المسؤولة عن التربية الرسمية في الدولة) وبين المؤسسات الاجتماعية الاخرى المسؤولة عن تربية الطفل تربية غير مقصودة.

(4 - 5) الأسس الفنية والأخلاقية للارشاد النفسي:

هناك بعض الأسس والمبادئ مشتقة من طبيعة عملية الارشاد ومن المجال الذي يعمل فيه المرشد. فعلى المرشد ان يبحث مشكلة الفرد من جميع زواياها وان يستخدم كل ما لديه من وسائل وامكانيات لمساعدته على حلها. وأن يكون مرنا في اتباع الوسيلة التي تتفق مع حاجات الفرد وصفاته وطبيعة المشكلات التي تواجهه. وان يحافظ على سر مهنته وان يضع سجلاته وتقاريرها في مكان أمين. ولا يفشي اية معلومات تتعلق بالافراد الذين يوجههم الا في اطار الاجتماعات النفسية مع الاخصائيين حتى يحصل للافراد على مساعدات معينة. يحتاجون اليها كمساعدات الاجتماعية او الطبية او النفسية. وأن يبذل كل جهده لكي يزيد من فهم العميل لنفسه وللعالم الذي يعيش فيه. ويساعد العميل على ان يتقبل ذاته كما هي على حقيقتها.

وينبغي ان يكون القرار النهائي في أية عملية ارشاد صادرا عن العميل وبناء على اختياره الحر وعلى مسؤوليته. ويجب ان تتغير طرق الارشاد وفقا لحاجات العميل ومناسبتها له. ينبغي تحويل العميل الى الاخصائيين الاخرين اذا ما تطلب الامر ذلك. وان لا يتدخل المرشد او مساعديه الا بالقدر الذي يوضح فيه الفرد جميع احتمالات النجاح او الفشل لكل طريقة من الطرق المقترحة.

(4 - 6) الأسس العصبية والفيزيولوجية للتوجيه والارشاد النفسي:

في بداية حياة الانسان على كوكب الارض. فقد تطلب استمراره صراعا اكثر مما عليه الان. لقد خاض الانسان صراعا ضد مخلوقات مختلفة من ضمنها مخلوقات قد اختفت عنه، وما زالت آثارها موجودة في حضريات قديمة كحضريات افريقيا. ومع ذلك استمر الانسان في الحياة، واستمر في توريث صفاته من جيل لآخر عبر مادته الوراثية. ذات التركيب المعقد. ولكن ما الذي تم توريثه من جيل لآخر؟ والجواب هو الخصائص الفسيولوجية والبيولوجية للانسان حيث انه لا يوجد دليل على توريث الافكار او الصور او المخططات ولكننا نرث الخصائص الفسيولوجية التي تؤثر بصورة واضحة على سلوكنا وعواطفنا ومعرفتنا (الافكار والصور والمخططات) .

أما كيف ان الخصائص الفكرية للانسان والخصائص السلوكية ارتبطت بتركيبته الفسيولوجية! فهو امر مدهش قد اجاب عليه مجموعة من علماء النفس. ومن خلال الدراسات المستفيضة للدماغ والمكونات الاخرى للجسم استطاع العلماء اكتشاف اشياء مدهشة لدى الانسان يمكن عرضها في الآتي: (Rathus,2002)

- الخلايا العصبية (العصبونات) Neurons: وهي اللبنة الاساسية في تكوين الجهاز العصبي فهناك مليارات من العصبونات في الجسم تنقل الرسائل في الجسم بأشكالها المختلفة.
- الجهاز العصبي The nervous system: ترتبط العصبونات لتشكل الجهاز العصبي بأقسامه المختلفة المسؤولة عن حركة العضلات، الاحساس، والوظائف الاتوماتيكية كالتنفس وافراز الهرمونات بالإضافة الى الظواهر النفسية كالافكار والمشاعر.
- القشرة الدماغية The cerebral cortex: وهي عبارة عن كتلة كبيرة ذات تلافيف كبيرة داخل الرأس وهذه القشرة الدماغية هي التي تميز الانسان عن غيره من الحيوانات.
- جهاز الغدد الصم The endocrine system: وهو يعمل عن طريق الهرمونات التي تنظم كثيرا من الوظائف تشمل النمو او غيره.
- الوراثة Heredity: في كل خلية من جسمك هناك مئات الالاف من الجينات وهي التي تقرر اي نوع من المخلوقات ستكون. ويشمل ذلك لون الشعر وتكوينك بأن يكون لك ارجل وايدي أم اجنحة للطيران.

مراجع الوحلة الأولى

المراجع العربية:

- ابو غزالة، هيفاء (1985): دليل المرشد الطلابي، عمان: المطبعة التعاونية.
- اسماعيل، محمد عماد الدين (2001): الطفل من الحمل الى الرشد (الجزء الثاني: الصبي والمراهق)، الكويت: دار القلم
- اسماعيل، محمد عماد الدين (2001): الطفل من الحمل الى الرشد. (الجزء الأول: السنوات الست الأولى)، الكويت: دار القلم
- حسان، شفيق فلاح (1996): أساسيات علم النفس لتطوري. بيروت: دار الجيل.
- حسين، طه عبد العظيم: (2006) الارشاد النفسي: النظرية، التطبيق، التكنولوجيا. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الرفاعي، نعيم (2001). الصحة النفسية: دراسة في سيكولوجية التكيف. دمشق مطبعة جامعة دمشق.
- زهران، حامد عبد السلام (2005): علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة. القاهرة: عالم الكتب.
- صادق، آمال وابو حطب، فؤاد (2005): نمو الانسان: من مرحلة الجنين الى مرحلة المسنين، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الغفار، عبد السلام (2007). مقدمة في الصحة النفسية: عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- عبد المعطي، حسن مصطفى وقناوي، هدى محمد (2007): علم نفس النمو (الجزء الأول: الأسس والنظريات). القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- مرسى، سيد عبد الحميد (1996): الارشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني: القاهرة: مكتبة الخانجي.
- ملحم، سامي محمد (2013). علم نفس النمو: دورة حياة الانسان. عمان: دار الفكر. ناشرون وموزعون.
- المليجي، عبد المنعم (1993): النمو النفسي. القاهرة: مكتبة مصر.
- يوسف، جمعة سيد (1990): سيكولوجية اللغة والمرض العقلي، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. سلسلة عالم المعرفة العدد: 145.

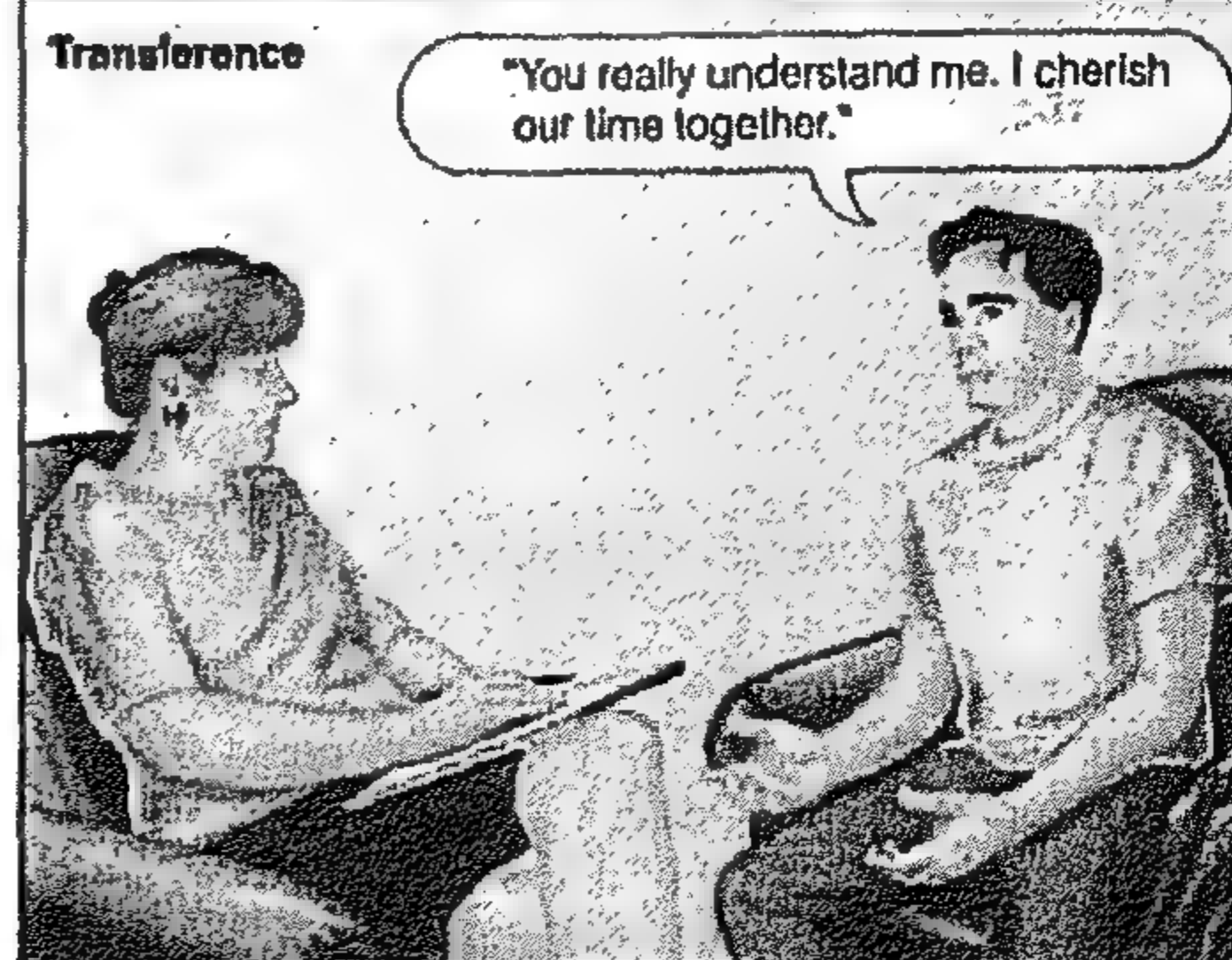
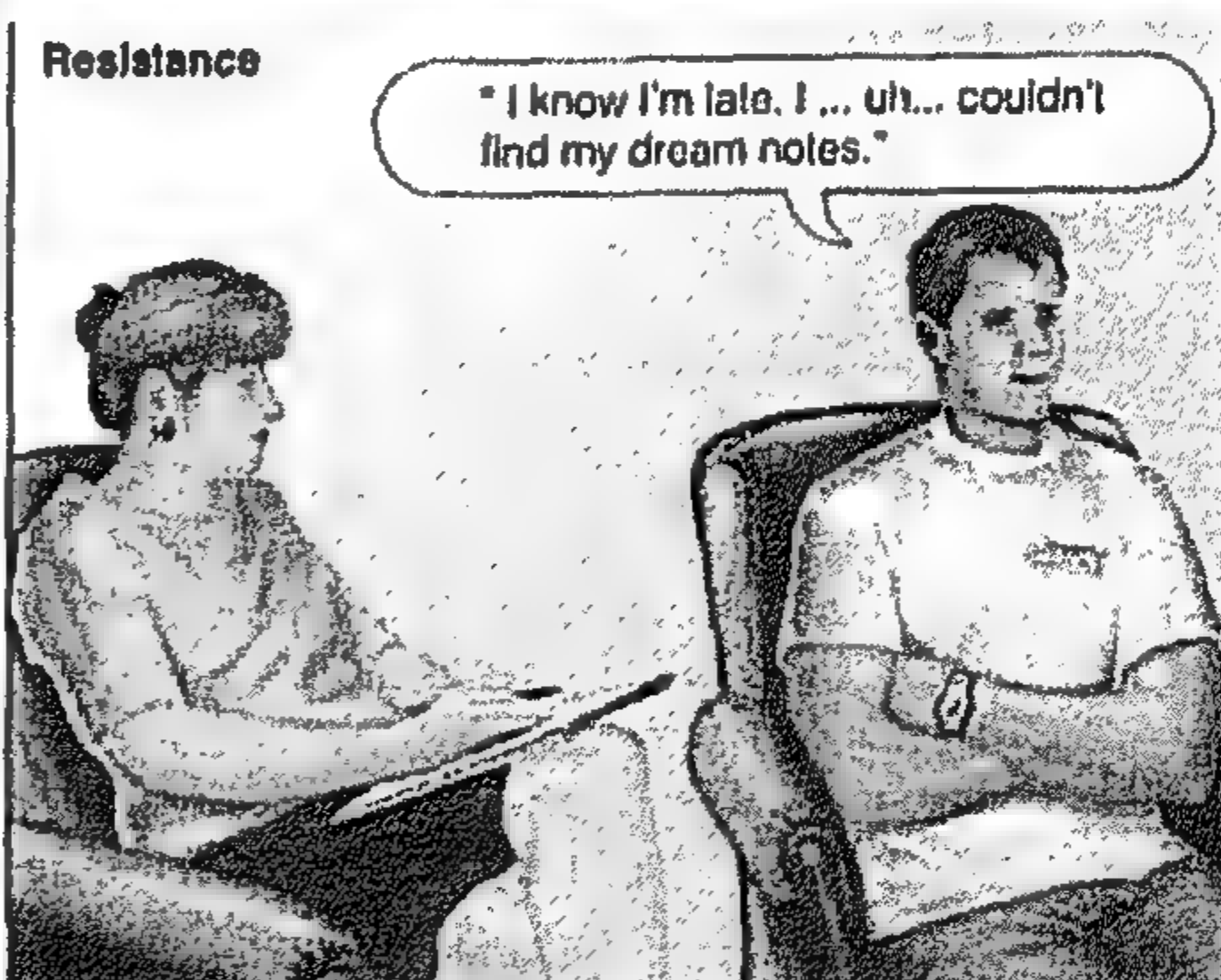
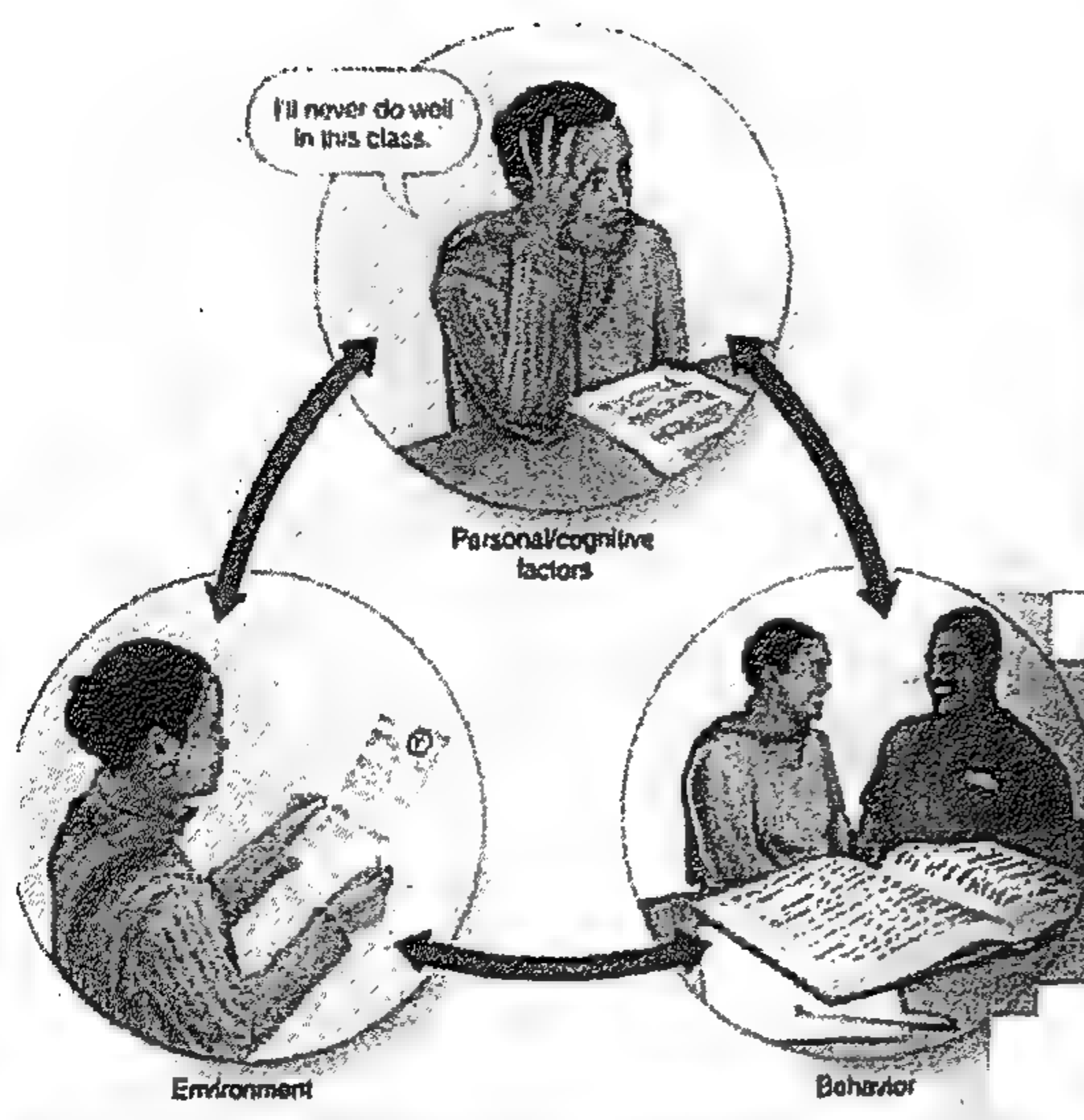
- Aronfreed, J. ; (2006) Conduct and conscience: The socialization of internalized control over behavior. New York: Academic press
- Baer, J. ; (2009) Adolescent development and the Junior high school environment. Social work in education. V 21N4. p 238 – 48. Oct,
- Bandura, A. ; (1977) Social Learning Theory. New Jersey: Prentice – Hall, Inc. Englewood Cliffs,
- Behavenet (1997 – 2003) . [http://www. behavenet. com/capsules. /disorders/Cndct. htm](http://www.behavenet.com/capsules/disorders/Cndct.htm).
- Berk, L. E. ; (2007) Infants, Children, and Adolescents. (4th ed) . Boston: Allyn and Bacon. 2002.
- Biehler, R. F. & Hudson, L. ; (2006) . Developmental psychology: An introduction. Boston: Houghton Mifflin company.
- Black, K. N. , et al. ; (2001) A development study of preschool children's preference for random forms. J. of Child development. 42, 57 – 61,.
- Brannon, L. , & Feist. , J. ; (2009) . Health psychology: An introduction to behavior and health. Australia: Thomson. Wadsworth.
- Broadzinsky, D. M. , et al. ; (2006) Life – Span human development. (3rd ed) New York: Holt, Rine – Hart & Winston.
- Champion, Patricia. ; (2000) Infant/Maternal Interactive Social/Emotional Learning Where the Infant Has a Disability or Is at Risk for a Disability. Infants and Young Children; v12 n3 p10 – 16 Jan
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. ; (2003) (EDS) . Rochester symposium on developmental psychopathology. L. 5. Disorders and dysfunction's the self Rochester, NY: University of Rochester press..
- Erickson, F. H. , & Erickson, J. M. ; (1981) generatively and identity. Harvard educational review, 51.
- Foltz, Carol; (2005) And Others. Proof Construction: Adolescent Development from Inductive to Deductive Problem – Solving Strategies. Journal of Experimental Child Psychology; v59 n2 p179 – 95 Apr.
- Gormly, A. V. ; (2007) . Life – Span human development. New York: Harcourt. Brace college pnblsher.
- Hetherington, M. , & Parke, D. ; (2006) Child psychology.. New York: MacGraw – Hill.
- Hoffman, L. W. ; (1974) . Effects of maternal employment on the child. A review of the research. J. of developmental psychology. 10 (2) , 204 – 228.

النمو الانساني وأساليب الارشاد فيه

- Hurlock, E. B. ; (1991) Child development. New York: McGraw – Hill Book Company.
- Kimmel, D. G. ; (2001) Adulthood and aging (2nd ed) . New York: John Wiley & Sons INC.
- Lerener L. , & Hultsch, F. ; (2003) . Human development. New York: McGraw – Hill Book Company.
- Martin, G. , & Pear, J. ; (2003) . Behavior Modification: What it is and how to do it. New Jersey: Prentice – Hall, Inc. Englewood Cliffs.
- Mason, M. G. , & Gibbs, J. C. ; (2003) Social perspective taking and moral judgment among college students. J. of Adolescent research. N. 8,
- Maye, Jessica; Werker, Janet F. ; (2009) Gerken, LouAnn. Infant Sensitivity to Distributional Information Can Affect Phonetic Discrimination. Cognition; v82 n3 pB101 – B111 Jan
- Nevid, J. , S. , Rathus, S. , A. , & Greene, B. ; (2003) . Abnormal psychology in a changing world. New Jersey: Pearson Education International.
- Nordbery, B. ; (2009) Guidance a systematic introduction. New York: Random house,
- Owens, K. B. ; (2006) Child & adolescent development: An Integrated approach. Australia: Wadsworth, Thomson learning.
- Papalia, D. E, & Olds, S. W. ; (2006) A Child's world. New York: McGraw – Hill, INC.
- Park, Kyung Ja. ; (2005) Attachment Security of 12 Month Old Korean Infants: Relations with Maternal Sensitivity and Infants' Temperament. Early Child Development and Care; v167 p27 – 38 Apr
- Rathus, S. A. ; (2002) Psychology in the new millennium. Fort Worth: Hartcourt college publishers.
- Riggio, R. , E. ; (2009) . Introduction to industrial/ organizational psychology. New Jersey: Prentice hall, Upper River.
- Rohwer, Jr. W. D. , et al. ; (2006) Understanding intellectual development: Three approaches to theory and practice. Hinsdale, Illinois: The Dryden press.
- Shertzer, B. & Stone, Sh. ; (2004) Fundamentals of guidance (2nd ed) . Boston: Houghton Mifflin Company.
- Wright B. & Weiss, J. P. ; (2009) . Social problems. Boston: Little Brown and company.

الوحدة الثانية

عملية الإرشاد والعلاج النفسي



الوحدة الثانية

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

أولاً: المقدمة:

(1 - 1) تمهيد:

عزيزي الدارس: أهلاً بك في الوحدة الثانية من هذا الكتاب والتي تبحث في العملية الارشادية. والتي يمكن النظر اليها على أنها علاقة تفاعل شخصية، واجتماعية، وعلاقة مواجهة حقيقية بين شخصين: المرشد والعميل (المسترشد) أو أكثر من شخصين كما في الارشاد الجمعي. وفيها يقوم المرشد بتوفير جو نفسي يمكن للمسترشد من خلاله أن يتعرف نفسه ومواقفه الحاضرة. وما يمكن أن يقوم به في المستقبل. بحيث تقوده هذه المعرفة إلى أن يصبح أكثر قدرة على استخدام ما لديه من طاقات بطريقة يرضى هو (أي العميل) عنها. وتكون نافعة للجماعة. وتمكنه من أن يتعلم كيف يحل مشكلاته في المستقبل وكيف يواجه حاجاته.

تتألف الوحدة الثانية من خمسة أجزاء. يتكون الجزء الأول منها من العملية الارشادية والعوامل المؤثرة فيها. ويتكون الجزء الثاني من عدد من النماذج الارشادية وعناصرها والاعداد لها. أما الجزء الثالث من الوحدة فيتكون من الاتصال في العملية الارشادية وعناصرها وأهدافها ووظائفها وخصائصها. ويتكون الجزء الرابع من المعلومات اللازمة للعملية الارشادية وشروط جمع المعلومات وتنظيمها. ووسائل جمع البيانات الاختبارية وغير الاختبارية. والاختبارات والمقاييس التي تهتم بالجانب العقلي والنفسي للشخص وخصائصها الرئيسية. ويبحث الجزء الخامس من الوحدة عدداً من طرق الارشاد والعلاج النفسي

(1 - 2) أهداف الوحدة:

عزيزي الدارس: يتوقع منك بعد الانتهاء من دراسة مادة هذه الوحدة ان تصبح قادراً على أن:

1. تعرف العملية الارشادية والعوامل المؤثرة فيها
2. تعدد نماذج العملية الارشادية وعناصرها
3. تصف دورة العملية الاتصالية وعناصرها وأهدافها
4. تبين المعلومات اللازمة للعملية الارشادية وتنظيمها
5. تذكر اساليب الارشاد والعلاج النفسي وفنياتها

ثانياً: العملية الارشادية والعوامل المؤثرة بها:

يقصد بالعملية الإرشادية مجموعة الخطوات المتتابعة التي يعمل فيها المرشد مع المسترشد ابتداءً من احالة المسترشد اليه حتى القفال الحالة والتحقق من الوصول الى أهداف وغايات معينة. وتشتمل على ثلاث عمليات رئيسية متداخلة هي:

- **الدراسة:** وتشمل تهيئة مكان العلاج وبناء العلاقة الإرشادية الدافئة واستكشاف مشغولية الفرد ومشكلاته. وتحديد أهداف العلاج. ثم جمع البيانات والمعلومات عن الحالة وتحليلها
- **التشخيص:** وتشمل تحديد أسباب المشكلة وكيفية تفاعل هذه الأسباب ومعرفة مدى تطورها.
- **العلاج:** وتشمل تحديد أساليب العلاج المناسبة للحالة وممارستها والمتابعة والتقييم في ضوء مدى اقترابه من تحقيق أهداف العلاج.

(2 - 1) أهداف العملية الارشادية:



حدد العلماء اهداف العملية الارشادية كل حسب ما صاغه من مبادئ وقوانين واجراءات تتم بها عملية الارشاد:

فمن وجهة النظر المعرفية فان الاضطرابات النفسية تنشأ عن ادراك غير صحيح للواقع وعن اخطاء في طريقة التفكير وعن وجود قناعات غير منطقية لدى الشخص ولا بد من التعامل مع

التفكير غير المنطقي: بحيث يتم توضيح الافتراضات الخاطئة وما تؤدي اليه من استنتاجات خاطئة تؤدي بدورها الى مشاعر سلبية وسلوك غير سوي. وتدريب المسترشد على قراءة الواقع بطريقة صحيحة دون مبالغة او تشويه. وتطوير مهارات حل المشكلات باستخدام اسلوب حل المشكلات في التعامل مع مشكلات الحياة اليومية

وتفترض النظرية الانسانية (روجرز) ان كل انسان لديه قوة دافعة للنمو. تحركه كي يصل الى اعلى مستوى من النمو تسمح به امكانياته في مختلف المجالات.

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

ويعطي السلوكيون أهمية خاصة لموضوع صياغة الهدف في الإرشاد. وهم يرون بأن الهدف يجب أن يصاغ على نحو يسمح بقياس درجة تحقيقه. ويؤكدون على ضرورة الاتفاق المسبق بين المرشد والمسترشد على الهدف.

وتهدف العملية الإرشادية من وجهة النظر التحليلية إلى تحرير الدوافع السليمة وتقوية وظيفة الانا فيما يتعلق بأخذ الواقع بالاعتبار والتسامح مع الرغبات (الهو) وتغيير محتوى الانا الأعلى بدرجة تجعله أكثر إنسانية وأقل تشدداً.

(2 - 2) العوامل المؤثرة في العملية الإرشادية:

تتعرض العملية الإرشادية إلى العديد من المتغيرات التي تؤثر في العملية نوردتها اليك على النحو التالي:

- متغيرات مرتبطة بالمرشد: مثل عوامل سمات الشخصية لدى المرشد، وافكاره، ونظراته إلى العالم، وقيمه وخبراته وتوجهاته.... الخ.
- متغيرات مرتبطة بالمسترشد: كنظرة المرشد إلى العالم، وسماته الشخصية، وافكاره وقيمه، ومدى استعدادده للتغيير، وسماته الثقافية، وتوقعاته من العملية الإرشادية.
- متغيرات مرتبطة بما يجري في العملية الإرشادية: وتشتمل على كل من متغيرات بالعلاقة الإرشادية، والمتغيرات المرتبطة بمراحل العملية الإرشادية. ولكل مرحلة من العملية الإرشادية وظائفها ومهامها واهدافها التي تتطلب من المرشد مهارات معينة لتحقيقها.
- متغيرات مرتبطة بنتيجة التفاعل المتتابع: حيث يتواصل التفاعل لحظة بلحظة تؤثر فيه تدخلات المرشد وطرقه واساليبه ومهاراته وردود افعال المسترشد وحاجات المسترشد وسلوكه أثناء تنفيذ العملية الإرشادية وخلالها.

ثالثاً: نماذج العملية الإرشادية وعناصرها:

(3 - 1) النماذج المستخدمة في العملية الإرشادية:

قدم عدد من الباحثين نماذج متعددة تصف العملية الإرشادية في صورة خطوات تتبعية يمكن للمرشد أن يهتدي بها في عمله مع المسترشد.

فقد قدم كل من كورمير وهاكني Cormier & Hackney: نموذجاً لعملية إرشادية تشتمل على خمسة مراحل رئيسية هي (الخطيب، 2005):

1. بناء العلاقة الإرشادية Relationship building: وتمثل المناخ النفسي الذي يتولد من التفاعل بين المرشد والمسترشد (الطفل / العميل) بحيث تؤدي تلك العلاقة الإرشادية

الجيدة الى نمو نفسي جيد. اما العلاقة الارشادية الضعيفة فتؤدي الى نتائج غير مرغوب فيها. ويشير الباحثون في هذا المجال الى ان استمرار العلاقة الارشادية يطور بالضرورة المناخ النفسي الايجابي في العلاقة الارشادية.

2. **تقييم المشكلة Assessment the problem**: وتتضمن جمع وتصنيف المعلومات التي ترتبط بالسبب الذي جاء من اجله الفرد الى الارشاد. وعلى المرشد ان يفتح جميع قنوات الاتصال التي تتيح له تلقي المعلومات من العميل مستخدماً في جمعه لتلك المعلومات عدداً من المهارات الخاصة بعملية التقييم في الارشاد. ومنها: **الملاحظة**: والاستفسار **Inquiry**: وتسجيل المعلومات **Recording information**: التي يحصل عليها المرشد من الملاحظة، والاستفسار وتنظيمها وتبويبها كي يسهل على المرشد التعامل معها. وحذف المعلومات التي لا تفيد في العملية الارشادية.

3. **تحديد اهداف الارشاد Goal setting**: وتمثل لنتائج التي يمكن الحصول عليها عند انتهاء العملية الارشادية. وبالتالي فهي المخرجات التي يريد المسترشد تحقيقها مع نهاية العملية الارشادية ذاتها.

4. **المتدخلات Intervention**: وتشير الى الاعمال والانشطة والاجراءات التي من شأنها تحقيق اهداف العملية الارشادية وهي بالتالي خطط عمل توضع من اجل مساعدة المسترشدين على تحقيق انواع محددة من النتائج.

5. **الانهاء والمتابعة**: وتتضمن ثلاث عمليات اساسية هي: الانهاء: وتشير الى التقييم الجيد من قبل المرشد والمسترشد لدى التقدم الذي تحقق. والاهداف التي تم انجازها. وتحويل فرد الى شخص آخر أو وكالة للحصول على مساعدة خاصة غير متوفرة لدى المصدر الأصلي". (Shertzer & Stone, 2011) والمتابعة: على اعتبار ان العملية الارشادية تمثل خبرة نمائية هدفها تسهيل نمو الفرد وقدرته على الاهتمام بالمشكلات الجديدة بفعالية اكثر. وعلى المرشد ان يأخذ بعين الاعتبار الى الاستفادة من الخدمات التي يقدمها للمسترشد وبيان سبل الاتصال به مستقبلاً.

وقدم وليامسون Williamson: نموذجاً لعملية العلاج مشتقة من معطيات نظرية السمات والعوامل. وأطلق عليها النموذج الاكلينيكي. اشتملت على ست خطوات متتابعة هي: التحليل: وتتضمن تحديد المعلومات المطلوب جمعها. بطرق و مصادر متعددة. والتركيب: وتتضمن صياغة المعلومات السابقة ومعرفة تفاعلها وترابطها. والتشخيص: وتتضمن معرفة اسباب المشكلة وكيفية تفاعلها. والمآل: وهو التكهّن المحتمل بتطور الحالة. والعلاج: وهو تحديد فنيات العلاج وتقديمها عبر أساليب معينة. والمتابعة: وهي تتبع حالة الحالة للتأكد من فعالية العلاج ومدى ملاءمته.

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

وتحدث كل من هل وأوبرين Hill & O'brien عن نموذج آخر للعملية الإرشادية تتمحور حول ثلاث عمليات رئيسية هي:

1. **مرحلة الاستكشاف Exploration stage**: ويقصد بها أن يكون المرشد قد أصبح مندمجا ومشاركاً في العملية الإرشادية. بحيث يستطيع استكشاف الأفكار والمشاعر، أو التصرفات الهامة المرتبطة بتلك العملية.
2. **مرحلة التبصر Insight stage**: باعتبارها عملية فهم المسترشد لنفسه، واستطاعته بيان أسباب سلوكه وأفكاره ومشاعره. ويشتمل على خبرة يستطيع المسترشد معها إدراك نفسه والعالم من حوله بطريقة جديدة.
3. **مرحلة العمل (التنفيذ) Acting stage**: وتهدف إلى: مساعدة المسترشد على استكشاف السلوكيات الجديدة الممكنة، ومساعدته في تقرير الأعمال، وتسهيل نمو المهارات اللازمة للتنفيذ، وتقديم التغذية المرتدة حول محاولات التغيير، مساعدته في تقييم العمل وفي وضع خطته.

وأعد برامرو وشوستروم Brammer & Shostrom نموذجاً أطلق عليه الإرشاد أو العلاج المحقق للذات Actualizing model اشتمل على تحديد مشغولية الحالة ومدى حاجتها للعلاج. وبناء العلاقة الإرشادية. وتحديد أهدافها. والعمل مع المشكلات والأهداف. وتسهيل الوعي. وتخطيط برنامجها. وتقويم النتائج وإنهاء العلاج.

وقدم عدد من المرشدين المتخصصين في الإرشاد بجامعة ميتشيجان Michigan State University نموذجاً مقترحاً للعملية الإرشادية على شكل منظومة يستند إلى نظرية المنظومات في تكوين الإطار النظري وينحو منحى سلوكياً في محتواه سمي بالإرشاد المنظومي Systematic counseling بحيث تتكون المنظومة من أربعة مكونات رئيسية هي: المرشد، والمسترشد، ومنظومة للإرشاد، ونتائج منظومة الإرشاد. وقاموا بتجزئة المنظومة إلى اثنتي عشرة خطوة تندرج تحتها خطوات فرعية تم تحديدها في صورة لوحة تتبع Flow chart تضمنت المرشد، وعملية إحالة العميل، والأعداد للمقابلة، وشرح العلاقة الإرشادية، وبناء نموذج لها، وتحديد الغاية والهدف، واستخدام استراتيجية تقويم أداء المسترشد، وإنهاء العملية الإرشادية، ومراقبة أداء المسترشد، وإقبال الحالة، وتقويم أداء المرشد (الشناوي، 1998).

الوحدة الثانية

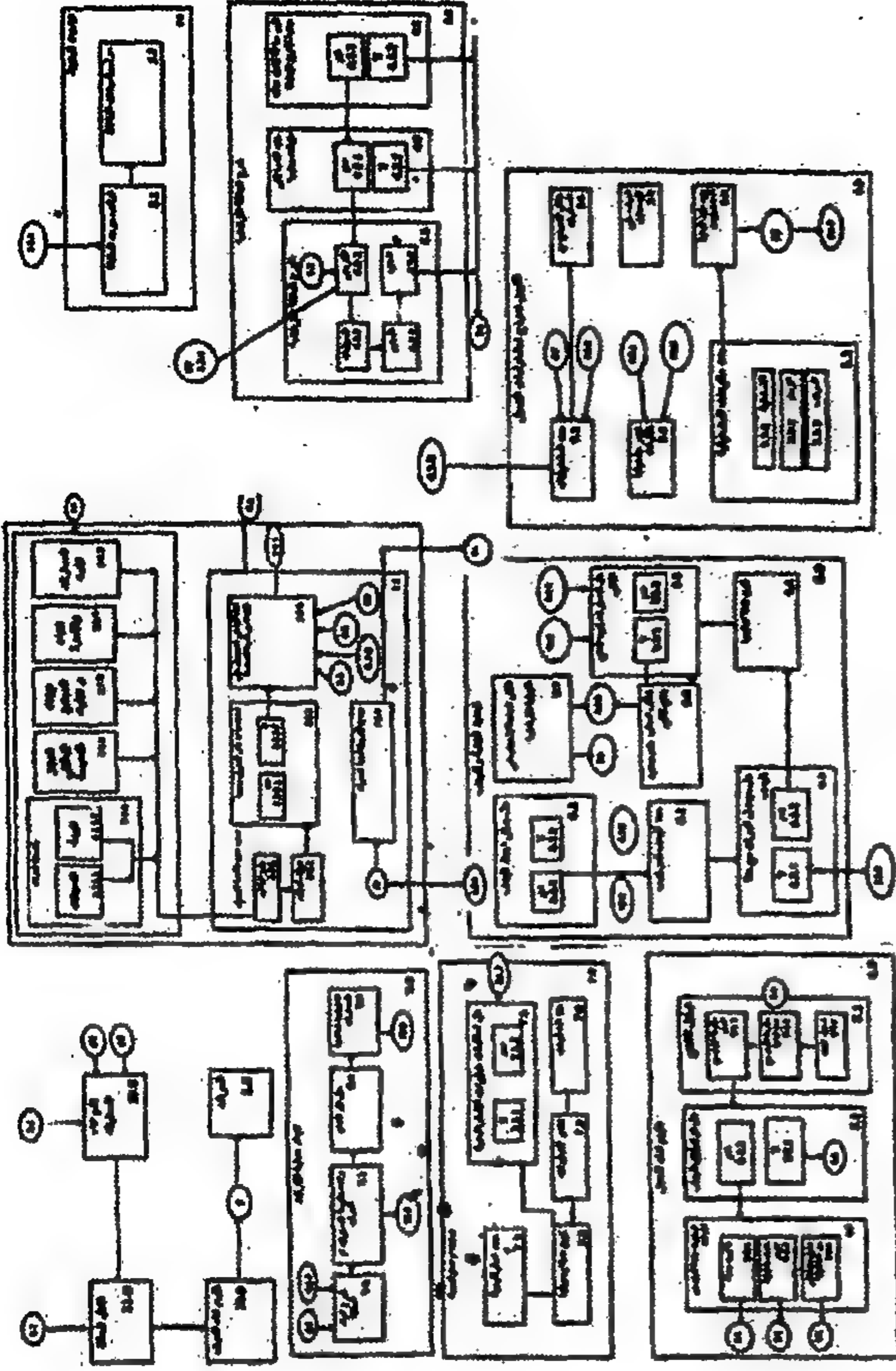
وقدم هانسن وزملاؤه

(Hansen & Gerber, 1990) نموذجاً ينصب على

كيفية بدء العلاقة الإرشادية بين المرشد والمسترشد والتعامل مع المواقف الصعبة فيها والاتصال المناسب مع المسترشد حيث يكون الهدف هو زيادة الجانب الواضح من سلوك المسترشد لنفسه وللمرشد.

ولا شك بأن هناك

خطوات منهجية واضحة يتبعها المرشدون النفسيون في أدائهم لعملية الإرشاد تتضمن ما يلي (ملحم، 2011):



عملية الإرشاد والعلاج النفسي

1. **المرشد:** هو الشخص الذي يقوم بالعملية الارشادية تجاه العميل. وهو المعلم الذي يقوم بعملية التدريس تجاه طلابه. خاصة، ونحن ننظر للعملية الارشادية هنا باعتبارها عملية تخدم البيئة المدرسية قبل كل شيء. والمعلم/ المرشد هو التطور الجديد لشخصية المعلم التقليدية الذي كان منذ وقت قريب فقط يهتم بتدريس مادة تخصصه. وهنا يبرز دور المعلم من كونه دوراً مزدوجاً باعتباره يحقق تربية تقدمية حديثة لطلابه.
2. **عملية إحالة العميل:**
3. **استلام ملف العميل:** وهي عملية تحديد مصدر استلام ملف العميل، ومصدر الإحالة والبيانات الواردة في ملف العميل. والتي يمكن الاستفادة منها في عملية العلاج. ثم قرر فيما إذا كانت الحالة ملائمة لعملية العلاج أم لا.
4. **الإعداد للمقابلة الارشادية:** تعد المقابلة المحور الأساسي الذي تدور حوله عملية العلاج وهي عبارة عن علاقة ديناميكية بين شخصين: معالج ومتعالج يحاول خلالها العميل (المسترشد) أن يجد حلاً لمشكلاته التي يعاني منها. كما يحاول المرشد بدوره أن يقدم المساعدة الفنية التي يراها ملائمة للحالة.
5. **شرح العلاقة الارشادية:** ويقصد بها تقرير فيما إذا كانت هناك حاجة لوضع جدول زمني محدد لخطوات العمل العلاجي وفعالياته بحيث يلتزم العميل بهذه الخطوات. ثم اتخاذ قرار زمن البدء في عملية العلاج في ضوء ذلك.
6. **تشكيل نماذج العمل العلاجي:** وتشير الى تحديد محتويات العمل العلاجي. بحيث يتعرف العميل (المسترشد) على نظام العمل العلاجي الذي يقوم به المرشد وإمكاناته وقدراته. وما يستطيع تقديمه للعميل. وما يمكن أن يناقشه في جلسات العلاج. (Ivey, et al, 2007)
7. **اتخاذ القرارات الخاصة بالعملية الارشادية:** وبعد الانتهاء من الخطوات السابقة، يتخذ قراراً بالبدء في تنفيذ إجراءات العمل العلاجي وتحديد فيما إذا كانت الأهداف التي تم تحديدها للعمل العلاجي من قبل يمكن تنفيذها أم لا.
8. **تقييم أداء العميل في العملية الارشادية:** تهدف هذه الخطوة إلى تقييم أداء العميل في العمل العلاجي وتقييم ما تم إنجازه من عمل فيها.
9. **انتهاء العملية الارشادية:** وقد تنتهي العملية الارشادية في جلسة واحدة وقد تستغرق أسابيع أو شهور عدة. ومهما طالت عملية العلاج فهي تبقى عملية إرشادية علاجية، وعلاقة مهنية موقوتة يمضي بعدها كل من المرشد والمسترشد في طريقه.
10. **مراقبة العميل:** تهدف هذه الخطوة إلى التأكد من استمرارية تقدم الحالة بشكل إيجابي، وتلمس فرص المساعدة للعميل، وتحديد مدى واثروقيمة نجاح عملية العلاج، وكذلك تحديد مستوى التقدم ونسبته. ومدى استفادة العميل من الخبرات الارشادية التي قدمها له المرشد.

11. **إنهاء الحالة:** وبعد التأكد من أن العمل العلاجي قد حقق أهدافه، وتم تنفيذ الخطوات التمهيدية الخاصة بإنهاء العملية الارشادية يغلّق ملف الحالة. وهو أمر يكون في كثير من الحالات صعب ومؤلم بالنسبة للعميل، بحيث يمكن أن تعود بعض الأعراض التي كانت قد زالت منه نتيجة العملية الارشادية خاصة عندما تكون العلاقة الارشادية ناجحة وقوية وذات أهمية بالنسبة للعميل.
12. **تقييم أداء المرشد:** ولابد من تقييم عملية العلاج أولاً وتقييم أداء المرشد وما أنجزه من عمل في عملية العلاج، من أجل الوصول إلى تقدير كافي للعمل العلاجي أكثر من مجرد تقييم كمي لما يحدث من تغيير نتيجة لها.

(2 - 3) عناصر العملية الارشادية:

(1) المرشد النفسي:

أشار اتحاد علماء النفس الأمريكيين إلى مجموعة من الصفات التي يجب ان يتميز بها المتخصصون في الارشاد والعلاج النفسي، يمكن تحديدها في أربعة جوانب رئيسة هي (Corey,2011):

- **الجانب الأول: وهو الجانب العقلي:** والذي يعتبر المرشد النفسي متميزاً في ذكاءه، قادر على محاكمة الأمور الإنسانية، ومواجهة المشكلات، متبصراً. وتشير الدراسات العديدة في مجال العلاج النفسي، أن من الصعوبة نجاح متوسطي الذكاء والقدرات في عملهم كمعالجين نفسيين. (هنا وهنا، 1991)
- **الجانب الثاني: وهو اهتمامات وميول المرشد النفسي:** فقدرة المرشد النفسي على التحمل على تكون في مستوى لائق إلا إذا كان المرشد نفسه مهتما بشكل واضح بمشكلات الإنسان. وميلاً لفهم الإنسان وخدمته.
- **الجانب الثالث: ويقف عند التحصيل والثقافة والتأهيل:** فنجاح المرشد في عمله لا يقف عند حدود الشهادة التي يحصل عليها في دراسته بل لابد له من امتلاك ثقافة علمية وإنسانية واسعة تحقق له الاطلاع على كل جوانب الأمور المتعلقة بتخصصه كمعالج ويجب أن يكون على اتصال مستمر بمنجزات علم النفس بشكل خاص والعلوم الإنسانية بشكل عام.
- **أما الجانب الرابع: فيتعلق بأخلاقيات المرشد:** ويتجه هذا الجانب إلى الإلحاح على ان المتخصص في العلاج النفسي يحمل شعوراً عميقاً بأنه يرفع مصالح الآخرين ويحترمهم وأن عمله الأساسي مرتبط ارتباطاً وثيقاً بتحقيق هذه المصلحة.

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

ويواجه المرشد النفسي، تنوعا واسعا من الاضطرابات العقلية والنفسية في ممارسته لعملية العلاج النفسي. وان هذه الاضطرابات، تختلف باختلاف الأفراد الذين يقومون بزيارة العيادة النفسية. ومن هنا تبرز أهمية نجاح واستمرار المرشد النفسي في عمله: وعليه أن يتذكر باستمرار، أنه يساعد الآخرين عن طريق الاختصاص الذي اختاره. ولتحقيق هدفه هذا، عليه أن ينمو بالعلم والخبرة للحصول على مزيد من القدرة على تقديم المساعدة لذوي الحاجة إليها. ويكون خبيرا في تخصصه يساعد الآخرين عن طريق الاختصاص الذي اختاره. ومع ذلك، فهو يعترف بعجزه عن تقديم المساعدة للجميع خاصة ما يتعلق منها بالمشكلات المعقدة التي لا يقوى على حلها. وخبيرا أيضا بالحالات الفردية من المرضى. وعليه أن يعير هذا الجانب اهتماما خاصا. خاصة إذا ما نظر بعين الاعتبار إلى تفرد أنواع السلوك الإنساني مهما تشابهت فقراته بين الأفراد. فكل شخص فريد في تكوينه. وعلى المرشد النفسي أن يضع نصب عينيه هذا التفرد.

ولابد من وضوح العلاقة التي تربط بين العميل والمرشد النفسي وحدود هذه العلاقة لكلا الطرفين خاصة وأن كثيرا من قضايا العلاج النفسي تكون من الدقة ما يمكن أن تثير مشكلات للمرشد والعميل على حد سواء.

وحول قيم المرشد وفلسفته في الحياة: فلا يمكن للمرشد أن يضع قيمة وأهدافه للعميل للاستناد عليها في حياته في المستقبل ولابد أن يأخذ بعين الاعتبار سلوك واختيارات العميل في ذلك. وعلى المرشد أن يمنح الحرية للعميل في اختيار قيمه وسلوكه الذي قد يختلف تماما عن المرشد. أنظر مثلا: لو جاءك عميل يحمل قيما تختلف تماما عن قيمك كـمعالج! فماذا تفعل؟ ولو أيقنت أن قيم العميل هدامة له وللآخرين! فماذا تفعل؟

(2) البيئة الارشادية:

يلعب المكان الذي تمارس فيه العملية الارشادية دورا هاما في نجاح العملية الارشادية. فقد يتوقف على خصائص هذا المكان مدى استجابة الحالة وتعاونها. فالغرفة التي يقابل فيها المرشد عملاء وطريقة ترتيبها. وما تحويه من تجهيزات ومعدات ومكاتب. عوامل يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار:

- يجب أن يكون حجم الغرفة مناسبة: فالغرفة الصغيرة تولد الإحساس بالضيق والقلق. والغرف الكبيرة تولد الإحساس بعدم الأمان وعدم السرية. وخير الأمور الوسط.
- يجب أن تحتوي غرفة العلاج على مقعدين رئيسيين: مقعد مريح للمتعالج يشعر معه بالاسترخاء. ومقعد للمرشد يفضل أن يتحرك في كل الاتجاهات لاعتبارات عديدة. كما يفضل أن تحتوي الغرفة على مقعدين آخرين لمقابلة أهل العميل.

- يفضل أن تحتوي غرفة العلاج على مكتب إشعاعاً بوجود علاقة مهنية تسهل كتابة الملاحظات والتقارير. على ألا يكون المكتب ضحكاً يشعر العميل بالهوة بينه وبين المرشد. ويكون كرسي المرشد على أحد جانبي المكتب حتى يقلل من الشعور بوجود عازل. أما اختيار الجانب فيعتمد على ما إذا كان المرشد يكتب بيده اليمنى أو اليسرى.
- يجب توفير الإضاءة والتهوية. وأن تكون الإضاءة هادئة وغير مباشرة وشاملة لأرجاء الغرفة.
- يفضل أن تكون ألوان السجاد والستائر وطلاء الجدران ألوان هادئة تبعث على الارتياح. وأن تخلو من النقوش التي قد تمثل رموزاً لها دلالات خاصة عند بعض العملاء.
- يعتبر اختيار المعلقة أو اللوحات على الحائط أمراً هاماً. فلا يجوز أن تحمل صورة لأشخاص مقربين من المرشد. فهناك من يعلقون صور أطفالهم أو زوجاتهم أو معلقة تحمل دلالات عنصرية أو اتجاهات معادية لبعض الفئات. فكل ذلك قد يؤثر على بعض العميلين. ومن الأفضل اختيار بعض الآيات القرآنية الكريمة، أو الأقوال، أو الحكم، أو النصائح التي تبعث في النفس الأمن والطمأنينة.
- يعتبر الهاتف من التجهيزات الضرورية. بحيث يتم إنجاز الكثير من الأعمال التي تتعلق بالمهنة عن طريقه. ولكن الأهم من ذلك هو أن لا يتلقى المرشد محادثات تلفونية أو يقوم بها خلال الجلسات الإرشادية.
- يفضل وجود خزانة تحفظ فيها المستندات والملفات ونتائج الاختبارات والتقارير ضماناً سرية العلاج. كما يفضل وضع الملفات بعد الانتهاء منها في هذه الخزانة. ولا يجوز أن يبقى ملف أي متعالج على مكتب المرشد أثناء القيام بجلسة علاجية لعميل آخر. أن ذلك يعني أنه بالإمكان الكشف عن أسرار العملاء.
- يفضل عدد من المرشدين وجود مكتبة خاصة تضم كتباً ونشرات ومطبوعات تتعلق ببعض الجوانب الإرشادية بحيث يمكن استغلال ذلك في المقابلات الإرشادية.
- يجب أن تكون الغرفة هادئة فالضوضاء الخارجية ليست مزعجة فقط. وإنما يتولد القلق عند الحالة (العميل، أو المريض). فلا يوجد شيء أكثر إعاقة للاسترسال في الحديث الصريح من الاعتقاد بأن الآخرين قد يسمعون ما دام هو يسمعهم.

(3) العلاقة الإرشادية:

تعتبر العلاقة الإرشادية حجر الزاوية في عملية الإرشاد والعلاج النفسي. بحيث يحرص كل المرشدين على أن تبدأ هذه العلاقة بداية حسنة منذ المقابلة الأولى التي تتم بين المرشد والعميل (المسترشد). ويمكن القول أن العلاقة الإرشادية تتميز بأنها علاقة مهنية: أي أن لها حدوداً وليست علاقة صداقة. ولذلك يحرص المرشد منذ البداية أن يوضح للمتعالج ما الذي يمكن أن

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

يقدم الأول للأخير. وما الذي يتوقع ولا يتوقع من أي منها تجاه الآخر. وهي علاقة احترام موجب متبادل وغير مشروط: أي بدون محاولات من قبل المرشد لأن يحكم على العميل حكما تقويميا. علاقة تسودها الثقة والاهتمام المشتركين. كما يسودها نوع من الاعتدال. فلا هي حنوزائد ولا هي تعامل رسمي متزمت. وهي علاقة تفاعل واتصال بين المرشد والعميل (المسترشد). هذا التفاعل هو الوسيلة التي يمكن أن تقوي العلاقة أو تقوضها. ويمكن أن يأخذ التفاعل والاتصال أشكالاً عديدة تشمل الاتصال اللفظي والإشارات والتلميحات. وقد يكون رمزياً له معانٍ ضمنية يفهمها كل من المرشد والعميل (المسترشد). ولهذا يهتم المرشد بمجريات التواصل بينه وبين العميل. فهو أي المرشد: يختار: العناصر التي يركز عليها. والعناصر التي يتخطاها. والعناصر التي يستجيب لها استجابة وقتية مباشرة. والعناصر التي يضعها جانبا حتى يأتي وقت مناسب لها في المستقبل.

4) الجلسة الارشادية:

يحتاج المرشد كي يبدأ بعلاقة علاجية سليمة والحفاظ على سلامتها جوا نفسيا صحيا. وطبيعي أن يظهر هذا الجو في كل من الجلسات الارشادية التي تتم بين المرشد والعميل (المسترشد). إن أهم خصائص الجلسات الارشادية التي يمكن أن يتوافر فيها جو علاجي صحي سليم تتضمن:

1. الثقة المتبادلة:

فمن الضروري أن يأمن العميل على نفسه وعلى أسراره. مما يساعده على الاسترخاء والطمأنينة. فيعرض ذاته ومشكلته عرضا صادقا. ويلاحظ أن العميل في الجلسات الأولى التي يقوم غالبا بعملية "جس نبض" للمرشد. فإذا وجد أنه شخص يوثق فيه. ويمكن البوح له بأسرار استمر في المجيء اليه. والبوح بكل ما لديه. أما إذا وجد عكس ذلك. فغالبا لا تستمر عملية العلاج. لهذا تعتبر "السرية المطلقة" من أهم أخلاقيات العلاج النفسي وأبسط قواعده. ومما يؤسف له أن عددا غير قليل بين المرشدين والمرشدات في المدارس يقعون ضحية لاغراء الحديث عن مشكلات متعالجيهم. وهو مما يسهم مساهمة كبيرة في فشل جهود العلاج في المدارس.

2. الاستعداد للمساعدة:

ولا بد أن يتضح للمتعالج تماما أن لدى المرشد رغبة مخلصية في المساعدة. وبذل الوقت والجهد الكافي لتحقيق ذلك. ويستحسن أن يظهر المرشد استعداده لمساعدة العميل في مجالات أوسع من مجرد المشكلة المحدودة طبعا. لا يعني هذا أن يحول المرشد حل مشكلات العميل واحدة تلو الأخرى. فالعميل هو المسؤول عن حل مشكلاته. وغني عن القول هنا أن الاستعداد للمساعدة يجب أن يكون واضحا في الأفعال والأقوال دون الأفعال.

3. التقبل غير المشروط:

فلولا أن المسترشد يحس بمشكلة ما لما جاء للمرشد. وبدل أن يزيد المرشد من مشكلة المسترشد بنقده أو لومه أو إطلاق أحكام عليه. يجب أن يتقبله على ما هو عليه ودون التأثر بأي أحكام سابقة. وتساعد المشاركة الوجدانية من قبل المرشد على أن يبلور المسترشد إحساسا بأن المرشد يقبله كما هو. ونعني بالمشاركة الانفعالية الشعور بمشاعر المسترشد وتعزيز ظروفه ومحاولة فهم عالمه الداخلي والخارجي بحيث يتأكد المسترشد أن المرشد يرى الأمور من داخل الإطار المرجعي الذي يعمل المسترشد في ظله.

وللوصول إلى أن يشعر المسترشد بأن المرشد يشاركه ويتقبله، لا بد من أن يسود جو من التلقائية في الجلسة الإرشادية بحيث يتم التعبير عن المشاعر بحرية وصراحة وأمانة ودون تزييف أو تصنع.

4. حسن الإصغاء:

إن الجلسة الإرشادية هي فرصة المسترشد لأن يعبر عما لديه. ويسلك بحرية. وعليه، فإن حسن الاستماع ودقة الملاحظة وتركيز الانتباه لكل قول أو فعل. كلها عوامل تساعد المرشد النفسي على إدراك الجوانب المختلفة لمشكلة المسترشد. ويكون تدخل المرشد هنا بقدر محدود، وعند الضرورة. وهو تدخل وظيفته الأساسية مساعدة المسترشد على الاسترسال والبوح والتفريغ الانفعالي.

5. المسؤولية المشتركة:

فنجاح عملية الإرشاد أمر مرهون بفهم كل من المرشد والمسترشد لدور كل منهما ودور الطرف الآخر. صحيح أن على المرشد أن يساعد المسترشد. لكن هذه المساعدة لا تعني أن يحل له مشكلاته. أو أن يطلب المسترشد من المرشد تحقيق أغراض لا علاقة لها بمشكلاته الأولى.

6. التسامح:

وهذا أمر يستلزمه " التقبل غير المشروط ". فالمرشد ليس سلطة أو سلطانا. فحق المسترشد في تقرير مصيره وتحديد أهدافه واحترام شخصيته كإنسان أمور توجب التسامح معه ومعاملته معاملة حسنة والعلاقة الإنسانية بينه وبين المرشد.

ولا شك أن الهدف الرئيسي للعملية الإرشادية هو هدف علاجي. وعلى المرشد والمسترشد أن يحددوا أهداف العملية الإرشادية. في تحقيق الذات. وفهم الذات. وتحقيق إمكانيات وقدرات واستعدادات العميل. وتحويله من النظر إلى خارج نفسه إلى النظر داخل نفسه مع استبصار

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

أكثر. وتحويله من الكلام من العموميات إلى الخصوصيات. ومن مكبت المشاعر إلى اخراجها. وتحقيق التوافق النفسي وتحسين السلوك. وتحقيق السعادة والصحة النفسية.

إن أهم الأهداف الخاصة في العملية الارشادية هي في حل مشكلة العميل من خلال علاقة علاجية ناجحة. وعلى كل من المرشد والعميل أن يعرفا بدقة ووضوح طبيعة هذا الهدف الخاص المباشر وكيفية تحقيقه ومسؤولية كل منهما إزاء هذا. وعلى المرشد أن يبذل كل جهده في سبيل مساعدة العميل لحل مشكلته وأن يقحمه في مشكلته ويوجهه لحلها في إطار العملية الارشادية. وإلى جانب هذا الهدف الرئيسي الخاص. فقد تكون هناك أهداف خاصة أخرى يجب تحديدها ومعرفتها منذ بدء العملية الارشادية.

(3 - 3) الإعداد للعملية الارشادية:

العملية الارشادية عملية كبيرة لا بد لها من إعداد من جانب المرشد إعدادا يحقق النجاح في العملية الارشادية. ومع ان العملاء يختلفون في نوع وكمية المعلومات التي يقدمونها للمرشد. فان هناك فرصة لتعلم شيء ما عن العميل العميل القادم قبل وصوله. ففي بعض الجلسات سيجري فريق العمل النظامي الدائم تقييما لعملية العلاج ويحدد بالتالي المرشدين له. وفي جلسات أخرى قد العميل نفسه هو المعلومة الأساسية المطلوبة قبل المقابلة الأولى. ومن ثم التوجه لجمع المعلومات الكاملة عن مشكلاته من أجل وضع خطة العلاج.

ولا بد أن يكون المرشد مستعدا للعملية الارشادية. فالعملية الارشادية تحتاج إلى إعداد مسبق. وتخطيط دقيق وتحضير مدروس. بحيث يتوقف نجاح العملية الارشادية على الإعداد الجيد لها وما تتطلبه من استعداد المرشد. وإعداد العميل. وتهيئة الظروف العملية لها. واختيار الوقت والمكان المناسبين لها بحيث يسمح بإجراء العملية الارشادية على خير وجه.

(1) استعداد وإعداد العميل (المسترشد):

ولا بد من استعداد العميل للعملية الارشادية. فهو يأتي إلى العملية الارشادية دون أن يعرف عنها شيئا. وقد تكون لديه معلومات خاطئة عنها. ان أساس العملية الارشادية هي (Corey, 2011):

- الإقبال من قبل العميل: وهو أمر هام جدا وضروري لنجاح العملية الارشادية.
- القبول والتقبل من قبل العميل: ذلك أن أفضل العملاء من قبل بنفسه على العملية الارشادية بحيث يكون لديه: المعرفة والإدراك الكافيين بالعملية الارشادية. واستبصار بمشكلته. وإدراك حاجته إلى العلاج ومقدر مسؤوليته فيها. يقبل دون أن يدفعه أحد إليها ودون أن تحيله أية جهة إليها.

(2) توقعات العميل/ المرشد:

يأتي العميل/ المرشد إلى العملية الارشادية ويكون لديه:

- توقع بالمساعدة والمساندة.
- أو: توقع تحقيق أكثر مما يمكن تحقيقه من جانب المرشد.
- أو: ثقة وأمل في العملية الارشادية.
- أو: مشكلات يعتبر نفسه ضحية لها وللآخرين ليس له يد فيها ومن يلقي بمشكلته على المرشد ويتوقع منه أن يحلها له.
- أو: تصور عن المرشد على أن له صورة " الأب الطيب" المتفهم المتسامح.
- يأتي البعض من العملاء إلى العملية الارشادية بحثا عن طريقة يغير بها شخصيته وسلوكه. والبعض يأتي عمن يغير له شخصيته ويعدل له سلوكه.

ولا بد إزاء هذا، أن يتم ترشيد العميل وتوجيهه نحو العملية الارشادية السليمة حتى يتم البدء بالعملية الارشادية في إطارها الواقعي البناء.

(3) جمع المعلومات:

وعلى المرشد أن يبدأ بجمع المعلومات المتاحة عن العميل وفحصها مما قاله العميل العميل وأشار إليه في الاستمارة المقدمة من قبله. وكيفية تصرفه حين يذكر تلك المعلومات. وكذلك عن تجربته التي يمر بها في العيادة. ثم تحديد مغزى هذه المعلومات ودلالاتها. والتخطيط للاستراتيجيات التي تساعدك في إجراء المقابلات اللاحقة الخاصة بالمرشدة.

وبعيدا عن الحكم المسبق حول شخص ما قبل جمع المعلومات اللازمة عنه. فإن عمل المرشد النفسي هو وضع افتراض من السلوك. والحساسية وأنواع المشكلات الممكنة عند العميل. وباستخدام هذه الافتراضات الأولية. فإنه يمكن للمرشد تطوير استراتيجية المقابلة التي تهدف إلى زيادة راحة العميل وكفاءة المرشد في جمع المعلومات. وعلى تلك الافتراضات التي يصيغها المرشد لعملية العلاج أن تكون مرنة، وقابلة للتعديل (الإثبات أو الرفض) استنادا إلى خبرات العميل اللاحقة.

أن العديد من الجلسات الارشادية السريرية تتطلب معلومات شخصية (ذاتية) مثل العمر والمستوى التعليمي والعمل والمستوى الوظيفي والوضع المعيشي والأسري، ومصدر الإحالة (من الذي أحال العميل إلى العلاج) وكذلك أسماء المرشدين السابقين. إن التناقض في هذه البيانات ربما ينبئ مسبقا بمشكلات لاحقة. (أنظر نموذج دراسة الحالة، في الوحدة السادسة).

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

ثم ان أفعال العميل وتصرفاته من خلال اجاباته عن استمارة المعلومات. تزود المرشد بمعلومات هامة. فقد وجد ان المفيد ان ننظر إلى أسلوب الشخص وطريقته خلال المقابلة وكتابة الاستمارة بعين الاعتبار كما هو الحال في تصرفاته خلال الحياة اليومية وبمواقفها المتنوعة. فطريقة حديث العميل بالهاتف ونوعية لباسه ووقت وصوله وردود فعله نحو الموضوعات السرية. واتجاهه، أو موقفه من دفع الأجور، وتصرفه أثناء الانتظار. كل هذه وغيرها من أفعال تمثل بالنسبة للمرشد مصدرا غنيا بالمعلومات.

وان العلاقة المسبقة للعميل مع عيادات نفسية أو مراكز إرشاد أخرى ربما تؤثر في اتجاهه وسلوكه عند المقابلة الأولى له. فمعرفة تلك المدة التي انتظرها في العيادة قبل مقابلته الأولى. هي جزء هام وضروري من المعلومات. فإذا كانت فترة الانتظار طويلة فمن المحتمل للمشكلات الحالية أن تحل وينذهب الناس عموما في طلب المرشدة خلال الأزمات التي غالباً ما تنتهي وتجد حلاً خلال بضعة أسابيع. والبعض الآخر من الناس قد يجد من مجرد عمل بسيط لطلب العلاج أو الدخول فيه كاتصال مبدئي بالمرشد يزودهم بإحساس مريح وطمأنينة تنهي مشكلاتهم. بالرغم من ان البعض الآخر قد تتعقد وتتطور مشكلاتهم لأنهم يشعرون بأنهم مكرهين أو مجبرين على إجراء تغيير حاسم في حياتهم كتغيير العمل أو الابتعاد والانفصال المؤقت عن الزوج من أجل حل تلك المشكلات.

(4) المقابلة الأولى:

وعلى المرشد النفسي ان يقوم بإجراء المقابلة الأولى للعميل بفعالية وإيجابية في جو مريح ومقبول يتيح للعميل التواصل والتفاعل بحرية. وان يقوم بجمع المعلومات الضرورية والمتعلقة بمشكلات العميل. حتى تتاح له فرصة إجراء التقويم وتشخيص الحالة واعداد خطة المرشدة.

وهنا، فإنه لا يمكن تزويد المرشد المبتدئ بخطوط أو إرشادات مكتوبة تغطي كل المواقف والحالات المتنوعة التي يواجهها المرشدون أثناء المقابلات. فكل عميل يحضر تحديات متنوعة. وكل موقف أو مقابلة يجب إجراؤها بمرونة. فكل مقابلة تستدعي إجراء وعملاً مختلفاً.

تمثل المقابلة الأولى موقفاً مربعاً لكل من العميل والمرشد المبتدئ، انها فترة التقويم الناضج حيث سيهتم المرشد كثيراً بما يفكر فيه العميل. وليس من السهولة بالنسبة للمتعالج ان يسأل المرشد ويطلب منه المساعدة. فهو (العميل) قلق حول توقعاته لما ستكون عليه مشكلاته. وهو يدخل اللقاء الأول مع خوف وتوقعات كثيرة أغلبها يكون مبالغ فيها بدرجة كبيرة. وقد يكون العميل خائفاً من ان ينظر إليه المرشد على انه بليد أو كسول. أو انه ضعيف واتكالي. وربما يخشى التصريح عن بعض المعلومات الخطيرة المقلقة إلى شخص غريب. وخلال جلسات التدريب

قد يندهش العميل ويتساءل عن كفاءة المرشد. خاصة إذا كانت مشكلاته خطيرة وتصدم المرشد المبتدئ. (Warters, 2004)

ومخاوف العميل وتوقعاته التي يظهرها في الجلسة الأولى يمكن ان يكون لها تأثير قوي في المرشد النفسي. وأن نوعية المشكلات قد تزيد من شعور المرشد بأنه غير جدير. وفي الوقت نفسه قد تؤكد للمرشد نفسه انه قادر على تقديم التفهم والمساعدة اللازمة. مما يتطلب من المرشد ان يقدم النصيحة والطمأنينة وأن يخطط للعمل مسبقا من اجل نجاح العملية الارشادية التي يقوم بها.

رابعاً: الاتصال في العملية الارشادية:

الاتصال عملية تفاعل اجتماعي Social interaction تهدف إلى تقوية الصلات الاجتماعية في المجتمع عن طريق تبادل المعلومات والأفكار والمشاعر التي تؤدي إلى التفاهم والتعاطف والتجاذب أو التباغض. ومما لا شك فيه ان عملية الاتصال من المفاهيم الحديثة التي لا تزال في حاجة إلى إسهامات متعددة من سائر المتخصصين من أجل تمحيصها وتنقيحها حتى تصبح واضحة ومحددة لا سيما وأن تحديد المفاهيم العلمية يعتبر الخطوة الأولى نحو الوصول إلى الموضوعية العلمية.

وقد تحدث ميد Mead حول الاتصال بقوله أن " عملية الاتصال لا يمكن أن تتحقق، وأن تحدث في حد ذاتها. ولكنها كافتراض أساسي للعملية الاجتماعية وفي مقابل ذلك تعد العملية الاجتماعية افتراضاً أساسياً للاتصال الممكن. وعليه، فإن الاتصال لا يتحقق إلا من خلال عملية



اجتماعية وهذه العملية الاجتماعية هي التفاعل. وهذا التفاعل لا يتحقق إلا في مجتمع بمعنى ان الاتصال هو نتاج تفاعل بين الفرد والمجتمع. ويتكون التفاعل في المجتمع من أربعة عوامل متداخلة تشمل ما يلي (أبو اسعد، 2009):

- العامل الهادف: بمعنى ان التفاعل يوجه نحو هدف قد يكون غامضاً أو واضحاً أمام كل من المشتركين في نشاط ما لمحاولة فهمه.

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

- **العامل الشخصي:** أي أن التفاعل يكون شخصياً أي التفاعل الذي يقوم على حرص وحذر كل شخص من الآخر.
- **العامل الانعكاسي:** بمعنى أن يكون التفاعل قائماً على الفروق التي تنشأ في الموقف الاجتماعي بين أطراف التفاعل. فالتفاعل يتحقق من خلال ثلاثة نماذج هي: التفاعل وجهاً لوجه، والتفاعل الداخلي، والتفاعل عن طريق وسيط أو وسيلة كالكتاب مثلاً.
- **العامل التاريخي:** أي أن يستمد التفاعل عناصره من التاريخ. بمعنى أن التفاعل ليس مجرد تعبير عن حقيقة ثابتة فقط وإنما الأفراد يحملون تاريخ حياتهم في داخلهم. ومن ثم فإن أي سلوك يقع منهم يمكن تحليله بما حدث لهم في الماضي. ومن جهة أخرى فإن التفاعل تاريخي أيضاً باعتباره تجسيدا بشكل كلي أو جزئي للتراث الاجتماعي القديم أو الحديث طبقاً للحالة التي يكون عليها متخذاً هذا التفاعل خمسة نماذج رئيسية هي: الاتصال، والتنافس، والصراع، والتكيف، والتمثيل.

ولعملية الاتصال وجهان: إيجابي يؤدي إلى تماسك المجتمع وتدعيم علاقات أعضائه الاجتماعية وزيادة فعالية ذلك المجتمع. والآخر سلبي يؤدي إلى تفكك المجتمع وتحطيم شبكة العلاقات بين أفراد المجتمع، ومن ثم تزداد في المجتمع عوامل التخلف مما يؤدي إلى انحطاط وهرم المجتمع.

ويشير الباحثون إلى أربعة أشكال للاتصال هي:

- **الاتصال الذاتي:** الاتصال بين الفرد وذاته. وهو الاتصال الذي يتمثل في الشعور والوعي والفكر والوجدان وسائر العمليات النفسية الداخلية للفرد.
- **الاتصال الشخصي:** وهو الاتصال بين شخص وآخر.
- **الاتصال الجمعي:** وهو الذي يتمثل في الاتصال من مصدر واحد إلى عدة ملايين كما يحدث في وسائل الإعلام أو بين الملايين والمصدر كما يحدث في الإدلاء بالأصوات في الانتخابات.
- **الاتصال الثقافي:** وهو الشكل الذي تتفاعل فيه البيئة الثقافية في شكل عمليات اجتماعية متنوعة فيها المعلومات، المؤتمرات والمنظمات.

(4 - 1) دورة الاتصال في العملية الإرشادية ومراحلها:

يمكن تقسيم الدورة الاتصالية إلى خمسة عناصر رئيسية تتكون من المرسل: الذي يصوغ فكرته في كلمات أو رموز معينة ويبعث بها إلى المستقبل: الذي يدرك معاني تلك الكلمات أو يفك هذه الرموز ثم يستجيب إيجاباً أو سلباً معبراً عن رده أو انطباعه برسالة جديدة ويبعث بها إلى المرسل منه. الذي يستقبلها ويفهم معاني كلماتها. (Moorehead & Griffin, 2007).

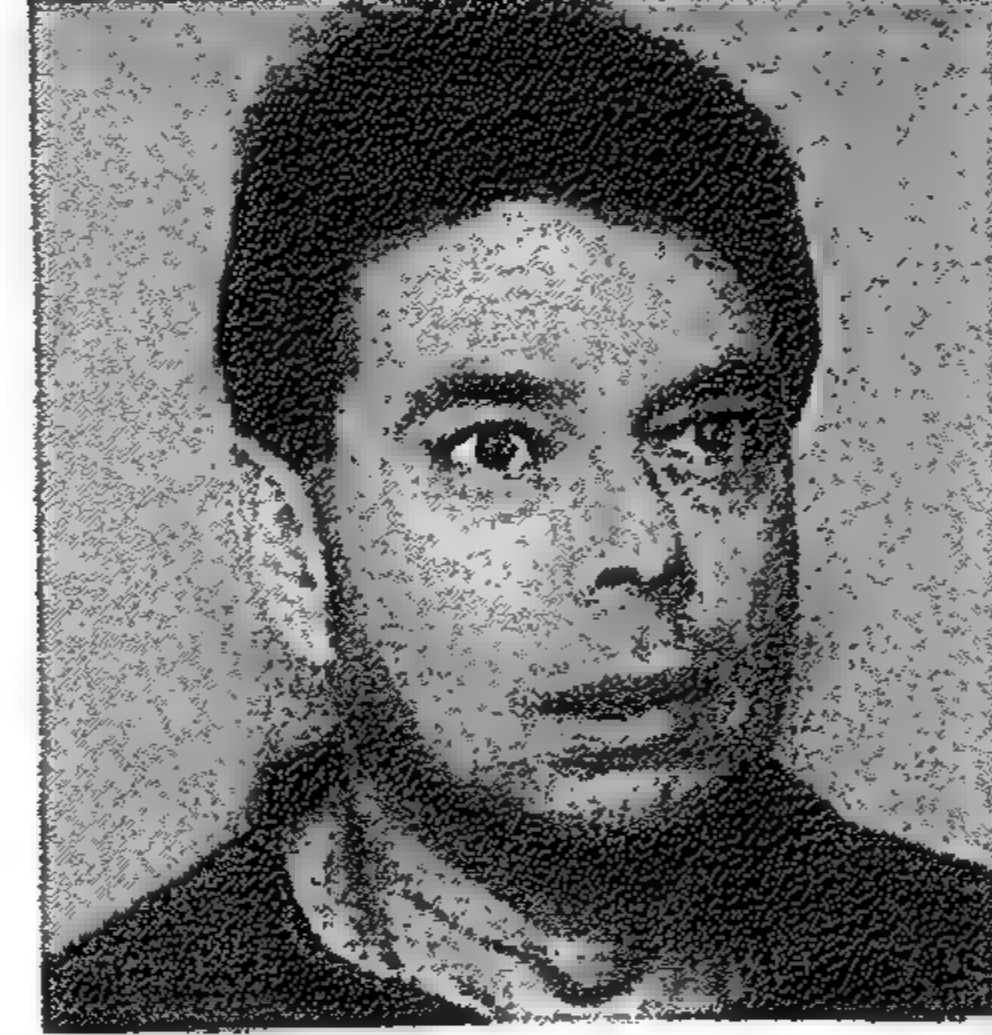
(1) أشكال الاتصال الإنساني:

تأخذ اللغة التي هي أداة الاتصال والتفاهم بين الناس شكلين هما (Thompson, 2003):

- الاتصال اللفظي (منطوق ومكتوب).
- الاتصال غير اللفظي: (لغة الإشارات وأعضاء الجسم ويأخذ الاتصال غير اللفظي عدة أشكال من أهمها: لغة الإشارات (الصم والبكم)، ولغة أعضاء الجسم (الرأس، العينين، اليدين، الابتسامة، تعبيرات الوجه.. الخ)، لغة الصمت (من خلال الفنون التعبيرية المختلفة: كالرسم والنحت والموسيقى أو الحركة: كالباليه والرقص... وما إلى ذلك)، نغمة الصوت، المكان أو الحيز.



ويختلف الاتصال اللفظي عن الاتصال غير اللفظي كما يتشابهان في مواقف عدة فالإشارة اللفظية والاتصال غير اللفظي هما نتاج الإنسان، ويستخدمان رموزاً على شكل كلمات منطوقة أو إشارات وحركات لها معان:



ويستخدم الاتصال اللفظي وغير اللفظي معاً في مجال كثيرة من الحياة اليومية للفرد والجمع بين شكلي الاتصال اللفظي وغير اللفظي يساعد في تحقيق التفاعل الاجتماعي بين أفراد الجماعة الواحدة. فالجمع بين الاتصال اللفظي وغير اللفظي يساعد في التعبير عن المشاعر والأفكار بقوة. وقد يكمل



الاتصال غير اللفظي الاتصال اللفظي كأن تستخدم الإشارات والرموز في توضيح عدد من الأمور التي يحتاجها الشخص الآخر الذي تجري الاتصال معه. وفي بعض الأحيان يحل الاتصال غير

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

اللفظي محل الاتصال اللفظي أو يستبدل به. فالصم والبكم من الناس غالباً ما يعتمدون على لغة إشارة الصم والبكم في الاتصال مع المجتمع. وقد يرافق الاتصال اللفظي غير اللفظي. فكثيراً ما نتكلم ونكتب ونؤشر بأيدينا أو رؤوسنا أو أعيننا في نفس الوقت. كما يساعد في إعادة الرسالة الاتصالية أو تكرارها. وقد يكون الاتصال اللفظي على النقيض من الاتصال غير اللفظي فكثيراً من الحركات والمظاهر التي تبدو على الشخص تنم عن مشاعر وأفكار تكون نتاج تفاعلات بيولوجية في الجسم فنستخدم الاتصال غير اللفظي دون وعي منا بأننا نستخدمه.

(2) مراحل عملية الاتصال:

للاتصال ستة مراحل (Moorehead&Griffin, 2007) هي:

1. مرحلة إدراك الرسالة: بحيث يتخذ المرسل أو المصدر قراره بإرسال الرسالة الاتصالية التي تنتج عن فكرة أو مشاعر أو مؤثر يدفعه إلى إرسال رسالته للمستقبل.
2. مرحلة الترميز: وهي مرحلة تحويل المعاني إلى رموز لغوية بحيث يعتمد نجاح الرسالة على مدى اختيار الرموز المناسبة للمستقبل والموقف الاتصالي الاجتماعي.
3. مرحلة اختيار وسيلة أو قناة الاتصال: بما يتناسب وطبيعة الرسالة وطبيعة الطرف الآخر المستهدف إن كان فرداً أو جماعة. وقد يختار المرسل وسيلة واحدة أو أكثر للاتصال كالوسائل السمعية أو البصرية أو كليهما أو غير ذلك من وسائل الاتصال.
4. مرحلة فك الرموز: ونعني بها عملية تحويل رموز الرسالة الاتصالية الواصلة إلى المستقبل إلى معان. وعلى المستقبل أن يفهم الرسالة أولاً ومن ثم يرد عليها.
5. مرحلة الاستجابة أو ردود الفعل على الرسالة: مما يعني مدى قبول أو رفض الرسالة من قبل المستقبل حيث تكون الاستجابة إما مباشرة أو غير مباشرة أو ضعيفة أو قوية أو سلبية أو إيجابية أو عقلية أو مادية. وتكمن أهمية الاستجابة في أنها تخبرنا عن مدى نجاح الاتصال أو فشله.
6. مرحلة فك الرموز: وهي عملية تحويل رموز الرسالة الاتصالية الجديدة (الاستجابة) إلى معان وفي هذه المرحلة يقوم المستقبل الجديد (المرسل الأصلي) باستقبال استجابة المرسل (المستقبل الأصلي) التي هي على شكل رسالة اتصالية فيفك رموزها ويفهم معناها. وتستمر الحالة هكذا بين مستقبل ومرسل حتى يتحقق الهدف الكلي من الاتصال.

(4 – 2) عناصر الاتصال وأهدافها:

للاتصال ستة عناصر رئيسية (Moorehead&Griffin, 2007) هي:

1. **المصدر / المرسل Source \ Sender**: المرسل هو منشئ الرسالة قد يكون شخصا أو محطة إذاعية أو مطبعة أو محطة تلفاز... أو غير ذلك.
2. **الرسالة Message**: الرسالة أساس عملية الاتصال وقلبها. وهناك أشكال متعددة للرسالة. فقد تكون الرسالة على شكل كلمة مطبوعة أو مكتوبة أو موجات صوتية في الهواء أو موجات كهربية في سلك أو إشارة يد أو عبوس وجه أو ابتسامة عريضة أو مقالة في صحيفة... إلى غير ذلك من الأشكال المتباينة.
3. **الوسيلة / القناة Medium\Channel**: الوسيلة هي الأداة التي تنقل الرسالة الاتصالية من المرسل إلى المستقبل والوسيلة لها أشكالها المختلفة. فقد تكون سمعية كما في الإذاعة أو بصرية كما في المطبوعات أو سمعية بصرية أو غير ذلك.
4. **المستقبل / الجمهور المستهدف**: وهو هدف عملية الاتصال وعلى رجل الاتصال ان يعرف خصائص المستقبل وطبيعته حتى يتمكن من مخاطبته وأن يستحوذ على قلبه وعقله فيستجيب له بسرعة ويتبنى أهدافه الاتصالية.
5. **الاستجابة / التغذية المرتدة أو رد الفعل**: والاستجابة هنا هي مدى قبول الرسالة أو رفضها. وقد تكون الاستجابة سريعة أو بطيئة أو متأخرة، سلبية أو إيجابية لفظية أو غير لفظية أو قد تكون الرسالة رد فعل من جنس الرسالة أو على النقيض منها.
6. **التأثير**: التأثير هو المحصلة النهائية للاتصال. ويتم بتغيير معلومات واتجاهات وسلوك المستقبل بما يتفق وأهداف المرسل.

يهدف الاتصال إلى تغيير في:

- **المعلومات**: ويتم فيها تزويد المستقبل أو المستقبلين بمعلومات صحيحة وصادقة تمكنه أو تمكنهم من اتخاذ القرارات الصائبة والسلوك السوي ومعلومات جديدة إضافية لم يطلع عليها أو يعرفها من قبل عن الفكرة أو الموضوع أو الشخص مدار البحث. وتصحيح معلومات أو مفاهيم أو أفكار خاطئة علفت في ذهن المستقبل وإعطاء المستقبل معلومات ناقصة على شكل أنصاف حقائق أو على شكل أكاذيب أو فرض حظر على المعلومات عن طريق الرقابة أو فرض تعميم إعلامي على المعلومات بطريقة غير مقصودة أو مقصودة.
- **الاتجاهات**: يمثل الاتجاه الإطار المرجعي الذي يزودنا بالمعلومات التي تجعلنا نشعر مع الآخرين أو نتضامن معهم أو نحصل على دعمهم (حريم، 2009). ويتكون الاتجاه من

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

جوانب ثلاثة هي: الجانب المعرفي: كالاقتقادات والحقائق والمعلومات، والجانب العاطفي: كمشاعر الحب والكراهية، والجانب السلوكي: كالعمل.

- ويهدف المصدر أو المرسل أن يؤثر على اتجاه المستقبل في الجوانب التالية: تقوية أو تعزيز الاتجاه الموجود لدى المستقبل، وتعديل اتجاه المستقبل نحو الأفضل أو الأسوأ، وتغيير اتجاه المستقبل. ويغير الناس اتجاهاتهم عادة لسببين اثنين هما: القيام بالأعمال بشكل أفضل أو لإشباع حاجات الفرد الداخلية. والحصول على قناعة داخلية إلى حد ما. وتعديل أو تغيير السلوك العلني للمستقبل أو للمستقبلين.

(4 - 3) وظائف الاتصال في العملية الإرشادية:

للاتصال في العملية الإرشادية عدة وظائف من أهمها ما يلي:

- وظيفة تثقيفية: يسعى الاتصال إلى تزويد الناس بالمعلومات النافعة لهم في جميع نواحي حياتهم المختلفة وبالتالي فإن هدف الاتصال هنا هو تزويد الآخرين بالثقافة التي تساعد على تضامن المجتمع بشتى أنواع مؤسساته.
- وظيفة تعليمية: الاتصال عملية تفاعل اجتماعي بين المعلم وطالبه تتميز بالأخذ والعطاء والفعل ورد الفعل والاتصال يهدف هنا إلى تزويد المتعلمين بالخبرات والمواقف والأفكار والقيم الاجتماعية التي تساعد على التكيف مع المجتمع.
- وظيفة اجتماعية: والاتصال عملية تفاعل اجتماعي تقوم بنقل معلومات وتهدف إلى تغيير السلوك الإنساني ويعتبر الاتصال أداة فعالة في تكوين العلاقات الإنسانية عن طريق تسهيل تبادل المعلومات بين الناس.
- وظيفة سياسية: يسهم الاتصال في التثقيف السياسي ويسهل الاتصال بين الحاكم والمحكوم ويوطد العلاقة بين القائد ورعيته ويسهم في تشكيل الرأي العام والرد على الدعايات المتباينة. كما يسهم في التفاهم بين الشعوب.
- وظيفة فكرية (دينية): للاتصال دور كبير وفعال في نشر الدعوات والتعاليم الدينية في شتى بقاع الأرض كما أن للاتصال دور فاعل في بناء الحضارات ونشر الثقافات بين الشعوب.

(4 – 4) خصائص الاتصال:

للاتصال خصائص متعددة تتمثل في الآتي:

- **الاتصال عملية ديناميكية Dynamic Process:** (Lahey, 2009) فالاتصال عملية تفاعل اجتماعي يتم فيها تبادل المعلومات والأفكار بين الناس يتأثر الناس بالرسائل الاتصالية فيغيروا من معلوماتهم واتجاهاتهم وسلوكياتهم وعملية الاتصال بصفاتها عملية تفاعل اجتماعي تمكننا من التأثير في الناس والتأثر بهم فنتكيف مع الأوضاع الاجتماعية المختلفة مما يعني ان الاتصال تعني التغير المستمر في الحياة.
- **الاتصال عملية مستمرة Continuous Process:** والاتصال حقيقة من حقائق الكون المستمرة إلى الأبد ليس لها بداية أو نهاية ونحن على اتصال دائم مع أنفسنا ومع الآخرين إلى أن يرث الله الأرض ومن عليها.
- **الاتصال عملية دائرية Circular Process:** لا تسير عملية الاتصال في خط واحد من شخص لآخر فقط بل تسير بشكل دائري حيث يشترك الناس جميعا في الاتصال في نسق دائري فيه إرسال واستقبال وأخذ وعطاء وتأثير وتأثر يعتمد على استجابات المرسل والمستقبل.
- **الاتصال عملية لا تعاد Unrepeatable Process:** تتغير الرسالة الاتصالية بتغير الأزمان والأوقات والجمهور المستقبل وكذلك معناها.
- **لا يمكن إلغاء الاتصال Communication is Irreversible:** (Johnson & Johnson, 2009) ليس من السهل إلغاء التأثير الذي حصل من الرسالة الاتصالية وان كان غير مقصود كزلة اللسان مثلا أو الخطأ في تخير الزمان أو المكان أو الموقف الاجتماعي.
- **الاتصال عملية معقدة Communication is a complex process:** الاتصال عملية تفاعل اجتماعي تحدث في أوقات وأماكن ومستويات مختلفة فهي عملية معقدة بالنظر لما تحويه من أشكال وعناصر وأنواع وشروط يجب اختيارها بدقة عند الاتصال.

خامساً: المعلومات اللازمة للعملية الارشادية:

يمكن الحصول على المعلومات اللازمة للإرشاد النفسي من اطراف عديدة لهم علاقة مباشرة او غير مباشرة بالعملية الارشادية.

فالمسترشد هو المصدر الرئيسي للمعلومات وهو الاقدر على وصف مشاعره وعرض مشكلاته خاصة اذا تعلق الامر بالمعلومات ذات الخصوصية التي يتضمنها محتوى مفهوم الذات والتي لا يستطيع احد غيره تزويد المرشد بها. وعلى المرشد ان يأخذ بعين الاعتبار للطريقة التي يمكنه الحصول على المعلومات من المسترشد دون اية ضغوط عليه. وان يقدم كل المعلومات اللازمة للعملية الارشادية برضاه.

ويمكن للمرشد النفسي الحصول على المعلومات اللازمة للعملية الارشادية من الوالدين وهما يمثلان مصدرا رئيسيت من مصادر الحصول على المعلومات كونهما عايشا حياة المسترشد منذ ولادته وتابعاً العوامل التي اثرت في بناء شخصيته سلباً او ايجاباً.

ولا شك بان الاخوة والاقارب مصادر مفيدة كذلك للحصول على معلومات وفيرة عن المسترشد فهم يعيشون معه ويؤثرون فيه ويعرفون عنه الكثير وربما كانوا سبباً في ظهور مشكلاته.

وغالباً ما يكون الافراد علاقات حميمة مع الآخرين بحيث تسمح له الافضاء عن مشكلاته لتلك الصداقات التي بناه معهم خاصة في مرحلة المراهقة بحيث يكون هؤلاء الاصدقاء مصدراً مهماً في الحصول على المعلومات عن المسترشد. الا انه يجب الاخذ بعين الاعتبار عدم اللجوء الى تلك الصداقات الا في الحالات الضرورية بحيث تؤخذ المعلومات في حدود السرية. وتشير عدد من الدراسات في هذا المجال عدم اللجوء الى الاصدقاء في الحصول على المعلومات المطلوبة للعمل الارشادي لما في ذلك من خطورة على سير العملية الارشادية برمتها.

ويعتبر المعلم كذلك مصدر معلومات مهم بعد أسرته ووالديه وربما يفوقهم أهمية خاصة وان المدرسين يتعايشون مع الطلبة ويعرفون الكثير من سلوكياتهم ونواحي القوة والضعف وتصرفاتهم واتجاهاتهم واهتماماتهم وسلوكهم العام.

ويمكن للمرشد النفسي الحصول على المعلومات المتخصصة من الاختصاصيين الآخرين الذين تعاملوا او يتعاملون مع المسترشد وقدموا له الخدمات النفسية والاجتماعية اللازمة. ومن هؤلاء: الاختصاصي الاجتماعي، الاختصاصي النفسي، الطبيب... وغيرهم...

واثناء سير العملية الارشادية من قبل المرشد النفسي، فلربما يحتاج الى مزيد من المعلومات يتوجب عليه الاتصال بمصادر أخرى لها علاقة وثيقة بالحالة. كالسجلات الخاصة بالمسترشد ومذكراته الشخصية. واية وثائق يمكن الاستفادة منها في دراسة الحالة.

(5 - 1) شروط عملية جمع المعلومات:

على المرشد النفسي الذي يسعى للحصول على أكبر قدر من المعلومات عن الحالة - موضوع دراسته - الالتزام بما يلي:

- **سرية المعلومات:** وهو ما يجب تأكيده للمسترشد ليتمكن المسترشد التحدث بحرية واطمئنان ودون خوف أو وجل من المعلومات التي يمكن منحها للمرشد سوف لن تصل الى طرف آخر.
- **الدقة والموضوعية:** الدقة والموضوعية هي اساس العمل الارشادي. وعلى المرشد ان يتوخى الدقة والموضوعية وعدم التحيز أو المبالغة في المعلومات التي يقوم بجمعها حتى يتمكن من التشخيص الدقيق للحالة موضوع الدراسة وملاحظة مدى التغير الذي طرأ ويطرأ على الحالة موضوع الدراسة.
- **الصدق والثبات:** وهذا يؤكد بأن المعلومات التي يتم الحصول عليها يجب ان تعبر فعلاً عما تعنيه من دلالة على سلوك الحالة وعدم تغير المعلومات بسرعة بين جلسة وأخرى.
- **التكرار:** ان المعلومات السلوكية الهامة هي التي تتسم بالتكرار اي عدد مرات حدوث السلوك والاستمرار وتعني كم من الوقت مضى على حدوث السلوك آخر مرة. وعلى المرشد النفسي التأكيد من تكرار السلوك واستمراره لدى الحالة حتى يبدأ عمله الارشادي. فالسلوك العارض المؤقت ليست له اهمية بالنسبة لتشخيص الحالة.
- **التشخيص:** ونعني به تحديد العوامل المسببة والاعراض بدقة في ضوء دليل الفحص ودراسة الحالة.
- **التراكمية:** وتشير الى الاهتمام بالمعلومات الطولية فحياة المسترشد وحدة متصلة مستمرة. وسلوكه الحاضر له جذوره في الماضي ويؤدي الى سلوكه في المستقبل.
- **التأكد:** وعلى المرشد النفسي التأكد من توافر الأدلة الكاملة للسلوك المرضي عند المسترشد وصدقها. والاهتمام بالمظاهر المرضية الدائمة طويلة المدى التي تؤثر في سلوك المسترشد وعلى حياته.
- **الاعتدال:** تشير الى عدم التورط في خطأ التعميم السريع أو غير المحدود. وعدم الافراط كذلك في تطبيق القواعد العامة على حالة المسترشد الخاصة. مع مراعاة الفروق الفردية بعين الاعتبار.
- **تجنب اثر الهالة:** اي تجنب اثر الفكرة العامة عن المسترشد أو الفكرة السابقة عنه أو صفة مميزة له عند تشخيص حالته أو ارشاده.
- **تقييم المعلومات:** وعلى المرشد النفسي تقييم المعلومات التي يتم الحصول عليها وتحديد ما

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

إذا كانت تلك المعلومات تمثل حقائق واقعية أو أنها مجرد احتمالات وإن يتوخى الحيطة في سلامة الحكم والتقدير.

- **تنظيم المعلومات:** بعد أن يتم الحصول على المعلومات الكافية للبدء بالعملية الإرشادية من قبل المرشد فإن عليه القيام بتنظيم تلك المعلومات وربطها ببعض وتفسيرها متوخيا الدقة والموضوعية. وإن يقوم كذلك بتلخيص المعلومات من أجل إبراز الحالة التي يعاني منها المسترشد.
- **المعلومات وسيلة وليست غاية:** إن المعلومات التي يسعى المرشد النفسي الحصول عليها عن الحالة إنما هي وسيلة للقيام بالعمل الإرشاد والسعي لحل مشكلات المسترشد وليست غاية في حد ذاتها.

(5 - 2) تنظيم المعلومات وتحليلها:

لتحقيق إجراءات الدراسة التي يقوم بها المرشدون النفسيون عادة. فإنه يلزم القيام بجمع بيانات عن الدراسة وتحليلها بشكل دقيق وشامل. ومن الأهمية بمكان أن يعرف المرشد النفسي طريقة معالجته للبيانات التي يتم جمعها بحيث يمكنه استخلاص مؤشرات نافعة تفيد في تأييد صحة فرضياته أو دحضها. ومن هنا يأتي علم الإحصاء بشقيه الوصفي والتحليلي أو الاستدلالي ليزود المرشد النفسي بأنجع الطرق وأدقها في تحليل وتفسير بياناته.

ويؤدي الحاسوب في عصرنا الحاضر خدمات جليلة للأعمال الإحصائية والعمليات المختلفة التي تتفرع عنها. وذلك، لأن طبيعة هذه الأعمال، وهذه العمليات من حيث تكرارها وتتابعها وانتظامها. تجعل من الممكن أن يؤدي استخدام الحاسوب إلى اتجارها وتحقيق الفوائد المرجوة. والتي تترتب عليها السرعة والدقة التي يمكن أن تنتج بها المعلومات الإحصائية. ولا بد، مع ذلك من النظر بعين الاعتبار إلى ضرورة معرفة المرشد النفسي بالأساليب الإحصائية وقوانينها المختلفة حتى يتمكن من استخدام ما يناسب دراسته منها وفي هذه الحالة يفضل الرجوع إلى كتب الإحصاء المتخصصة ليكون على دراية جيدة بهذه الأساليب والقوانين التي تسمح له بالوقوف على إيجابيات استخدام أسلوب معين وسلبياته.

(5 - 3) الوسائل غير الاختبارية واستخدامها في العملية الإرشادية:

يدرس المسترشد المضطرب نفسيا عن طريق مقابلات تتم معه، ومع أسرته، ثم بالفحص النفسي والتقارير العملية والدراسات الاجتماعية التي تجرى له. بحيث يساهم كل جانب من هؤلاء في إعطاء صورة واضحة عن خلفية المشكلات التي يعاني منها المسترشد.

ويعد الأخصائي الاجتماعي في ميدان الارشاد والعلاج النفسي عن طريق الملاحظة والمقابلات التي يجريها مع العميل واسرته والزيارات الميدانية وتقاريره التي تشتمل على: تاريخ حياة الشخص والذي يشمل على خطوات نموه وإنجازاته الدراسية وتوافقاته الاجتماعية والزواجية وخبرات العمل والحالة الاقتصادية والعوامل الأخرى المتعلقة بالحالة.

ويقوم الطبيب بالفحوص الجسمية والنيروولوجية من اجل تحديد العوامل العضوية التي قد تكون سببا في إحداث حالته المرضية هذه. فيقوم بالدراسة العملية المستفيضة حول الأمراض الحادة والطويلة في طفولته أو إصابات الدماغ أو النخاع الشوكي أو الاضطرابات المعوية المستمرة أو الصداع أو الإبصار المشوش أو الاضطرابات الغدية. الى غير ذلك من الحالات التي تسبب اضطرابا في شخصيته.

ويجري الأخصائي النفسي المقابلات مع العميل (المسترشد) ويطبق عددا من الاختبارات النفسية والعقلية عليه ويستخلص النتائج التي تساعد فيما بعد على تقييم قدرات العميل وديناميات شخصيته.

ويدرس الطبيب النفسي كذلك حالة الشخص النفسية وعلاقتها بكل النتائج التي توصل اليها القائمون على إجراءات العملية الارشادية كما تقع عليه مسؤولية تشخيص حالة المسترشد المرضية ومعالجته في ضوء النتائج التي توصل إليها جميع العاملين في عملية الارشاد والعلاج النفسي.

(1) الملاحظة:

تمثل الملاحظة الخطوة الأولى في التعرف على الحالة الصحية والنفسية للشخص. وتعد من أهم الخطوات في مجال الارشاد والعلاج النفسي. وذلك لأنها توصل المرشد النفسي إلى



الحقائق وتمكنه من صياغة فرضياته ونظرياته. وعندما يقوم المرشد النفسي بجمع بياناته عن العميل، فإنه قد يحتاج لمشاهدة الظواهر بنفسه، أو قد يستخدم مشاهدات الآخرين للظاهرة أو الظواهر موضوع الارشاد.

وتعد الملاحظة وسيلة يستخدمها الإنسان العادي في اكتسابه لخبراته ومعلوماته حيث

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

نجمع خبراتنا من خلال ما نشاهده أو نسمع عنه وهي من الألفاظ التي يصعب تعريفها بدقة لأن أي تعريف لها يتضمن الكلمة نفسها أو كلمة مرادفة لها. إلا أنه يمكن الإشارة إلى الملاحظة بمعناها العام بالقول: بأنها توجيه الحواس لمشاهدة ومراقبة سلوك معين أو ظاهرة معينة وتسجيل جوانب ذلك السلوك أو خصائصه.

ويمكن تعريف الملاحظة على أنها: الانتباه إلى ظاهرة أو حادثة معينة أو شيء ما بهدف الكشف عن أسبابها وقوانينها.

ولما كانت الملاحظة تبدأ عفوية بسيطة، ثم تنقلب إلى إرادية تدفع الملاحظ إلى صياغة فرضية تحكم توجهه نحو الملاحظة العلمية المنظمة. وترتيب الظروف الملائمة لهذه الملاحظة وضبطها. فإن ذلك يتطلب من الملاحظ الأخذ بعين الاعتبار لشروط الملاحظة العلمية التالية:

فالملاحظة العلمية ملاحظة منظمة، مضبوطة، ومنضبطة. وموضوعية بعيدة عن التحيز. وتتطلب ملاحظاً مؤهلاً للملاحظة مستعداً لها قادراً عليها، سليم الحواس، غير قلق أو متوتر، مرتاح النفس قادراً على الانتباه إلى كل ما يجب عليه أن ينتبه إليه. كم تتطلب منه تسجيل الظواهر والمشاهد بأسرع ما يمكن في الحال أن أمكن ذلك. بحيث يكون الملاحظ مهياً للملاحظة مدرياً عليها مخططاً لها ومعداً إعداداً كافياً لها. ويملك من المعارف ما يمكنه من دقة الملاحظة وضبطها.

ولابد أن تأخذ بعين الاعتبار للعوامل التالية من أجل الحصول على بيانات مفيدة عند استخدامك وسيلة الملاحظة في جمع بياناتك. (Rummel & Ballaine, 2011):

- احصل على معلومات مسبقة عن الشيء الذي تود مشاهدته: وعليك كأخصائي نفسي أن تقرر مسبقاً الجوانب التي عليك ملاحظتها والظواهر التي تستحق التسجيل.
- اختبر الأهداف العامة والمحددة التي تحتاج إلى البحث بحيث تملئ عليك الظواهر التي يجب ملاحظتها. ذلك أن صياغتك للبحث وإدراج العناصر المحددة له تملئ عليك كأخصائي نفسي الجوانب الواجب ملاحظتها وتفرض عليك أيضاً بعض الضوابط مما يتيح لك مجال الحصول على بيانات أكثر دقة ووضوحاً لأغراض دراستك وعملك.
- اعتمد طريقة محددة لتسجيل النتائج: ومن الأهمية بمكان تحديد الوحدات الإحصائية والبيانية التي ستستخدم في تسجيل نتائج المشاهدات. وأن وضع برنامج محدد أو قائمة محددة بالأمور التي يجب ملاحظتها. وكيفية إثباته سوف يساعد بالضرورة في الانتهاء من عملية تسجيل البيانات بسرعة وكفاءة وبأقل كمية من الكتابة.
- استعمل الملاحظة المنظمة بتخصيصك وقتاً معيناً خارج عملك اليومي من أجل ملاحظة

- نمط سلوكي محدد يقوم به الفرد هو موضوع دراستك. أعد ملاحظة السلوك الفرد - موضوع دراستك - للتأكد من دقة المعلومات التي حصلت عليها في ملاحظتك السابقة
- نظم مواقف سلوكية اختيارية للتحقق من عدم دقة الحكم على سلوك شخص ما بواسطة الملاحظة الاجتهادية.
- ركز على سلوك محدد في وقت واحد حتى تكون قادرا على إصدار حكم عادل على نوعية سلوك الفرد بشكل قريب من الواقع.
- كن موضوعيا في ملاحظتك وابتعد عن العواطف الشخصية التي قد تؤثر على نوعية وكيفية حكمك على سلوك الشخص.
- صنف وحدة المعلومات: ومن الضروري تسجيل البيانات بشكل وصفي ومن ثم تدوين بعض التفسيرات لها في نفس وقت حدوثها. وعلى سبيل المثال فقد يلجأ بعض الأخصائيين النفسيين إلى إعداد قائمة (رسم بياني) ذات محورين يسجلون على أحد محوريها نوع السلوك وعلى المحور الآخر ملاحظات وصفية أو تفسيرات لها بحيث يتمكن الأخصائي النفسي من تسجيل بيانات كثيرة قد يصعب جمعها بدونه.
- لاحظ بعناية وبشكل متفحص؛ وعندما تذهب للقيام بعملية الملاحظة وبعد أن تكون فكرت مليا في جميع جوانب مشكلة البحث ووضعت أسلوبا لتسجيل البيانات الإحصائية وقيامك بالتركيز على الجوانب التي تثير اهتمامك. فانك بالتأكد سوف تحصل على معلومات موثوقة ودقيقة بشكل أفضل.
- رتب الظواهر بشكل مستقل: خاصة في الحالات التي تقوم بها بملاحظة أمور وصفية. عليك أن تميز في تصنيفك كل مجموعة أو صفة عن الأخرى، وخاصة عند إعطائك أوزانا متفاوتة لكل واحدة منها. لاحظ أن كثيرا من الأخصائيين النفسيين والباحثين يخلطون بين تقييمهم لصفة يشاهدونها بأخرى. ولا يقيمون الصفات المختلفة بشكل مستقل.
- استخدام وسائل تقنية خلال ملاحظتك مثل: القوائم، مقاييس التقدير، السجلات النفسية، وجداول المشاركة البيانية.
- تدرب جيدا على الوسائل التقنية التي تنوي استخدامها في ملاحظتك.

ونظرا لأهمية الملاحظة في حياتنا اليومية ولكثرة الاعتماد عليها في إصدار الأحكام وتقييم السلوك. وبالنظر لتوخي الموضوعية كشرط أساسي في نجاح الملاحظة كأداة من أدوات القياس. فقد طور العلماء وسائل مقننة لتسهيل عملية الملاحظة وأجرائها بشكل مناسب حيث يمكن للأخصائي النفسي استخدام أداة أو أكثر من أدوات القياس الخاصة بجمع البيانات والمعلومات بالملاحظة.

المقابلة أداة هامة للحصول على المعلومات من خلال مصادرها البشرية. وهي تتكون في أبسط صورها من مجموعة من الأسئلة أو البنود التي يقوم الأخصائي النفسي بإعدادها وطرحها على الشخص موضوع البحث ثم يقوم الأخصائي النفسي بعد ذلك بتسجيل البيانات. وقد عرفت المقابلة بأنها علاقة دينامية، وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر.

وتبرز أهمية المقابلة في التالي (Merton, et al, 2006):

- تعتبر عملية تتيح الفرصة للمستجيب للتعبير الحر عن الآراء والأفكار والمعلومات.
- تتحول من أداة اتصال ووسيلة التقاء إلى تجربة عملية. خاصة ما يتعلق منها بميدان الإرشاد بين الأخصائيين النفسيين والآباء بحيث تتيح للآباء أن يتعلموا شيئا عن أنفسهم وعن اتجاهاتهم وعن العالم الذي يعيشون فيه وبالتالي تتكون لديهم أساليب جديدة في التفكير والعادات السلوكية المرغوبة وبذلك تكون المقابلة ميدانا ومجالا للتعبير عن المشاعر والانفعالات والاتجاهات.
- تعتبر المقابلة مصدرا كبيرا للبيانات والمعلومات فضلا عن كونها أداة للتبصير والتوعية والتفاعل الديناميكي.
- تختلف أهداف المقابلة باختلاف الغاية التي تستهدف المقابلة إلى تحقيقها في نهاية المطاف. ويتضح ذلك من الأنواع المختلفة للمقابلة. فلكل نوع هدفه وغرضه المحدد وغايات يحاول المقابلون الوصول إليه.

تعد المقابلة في جمع البيانات والمعلومات أفضل وسيلة لاختبار وتقويم الصفات الشخصية، وذات فائدة كبرى في تشخيص ومعالجة المشاكل الإنسانية وخاصة العاطفية منها. كما أنها توفر عمقا في الإجابات لأمكانية توضيح وإعادة طرح الأسئلة. وتستدعي معلومات من المستجيب من الصعب الحصول عليها بأي طريقة أخرى لأن الناس بشكل عام يحبون الكلام أكثر من الكتابة. وهي توفر إمكانية الحصول على إجابات من معظم من تتم مقابلتهم (95 %) وربما يزيد إذا ما قورنت بالاستبانة. وذات فائدة كبرى في الاستشارات. وتوفر مؤشرات غير لفظية تعزز الاستجابات وتوضح المشاعر مثل نغمة صوت المستجيب، وملامح وجهه، وحركة يديه ورأسه.. الخ. وتزود الأخصائي النفسي بمعلومات إضافية كتدعيم للمعلومات التي حصل عليها بواسطة وسائل أخرى من وسائل جمع المعلومات.

الا إن نجاح استخدام المقابلة في جمع البيانات والمعلومات اللازمة للإرشاد يعتمد إلى حد كبير على رغبة المستجيب في التعاون واعطاء معلومات موثوقة ودقيقة. ويصعب مقابلة عدد

كبير نسبيا من الأفراد لأن مقابلة الفرد الواحد تستغرق وقتا طويلا من الباحث. كما انها تتأثر بالحالة النفسية والعوامل الأخرى التي تؤثر على الشخص الذي يجري المقابلة أو على المستجيب أو عليهما معا، وبالتالي، فإن احتمال التحيز الشخصي مرتفع جدا في البيانات. مما يتطلب مقابلين مدربين على إجرائها فإذا لم يكن المقابل ماهرا مدريا لا يستطيع خلق الجو الملائم للمقابلة فقد يزيغ المستجيب إجابته وقد يتحيز المقابل من حيث لا يدري بشكل يؤدي إلى تحريف الإجابة.

(3) دراسة الحالة:

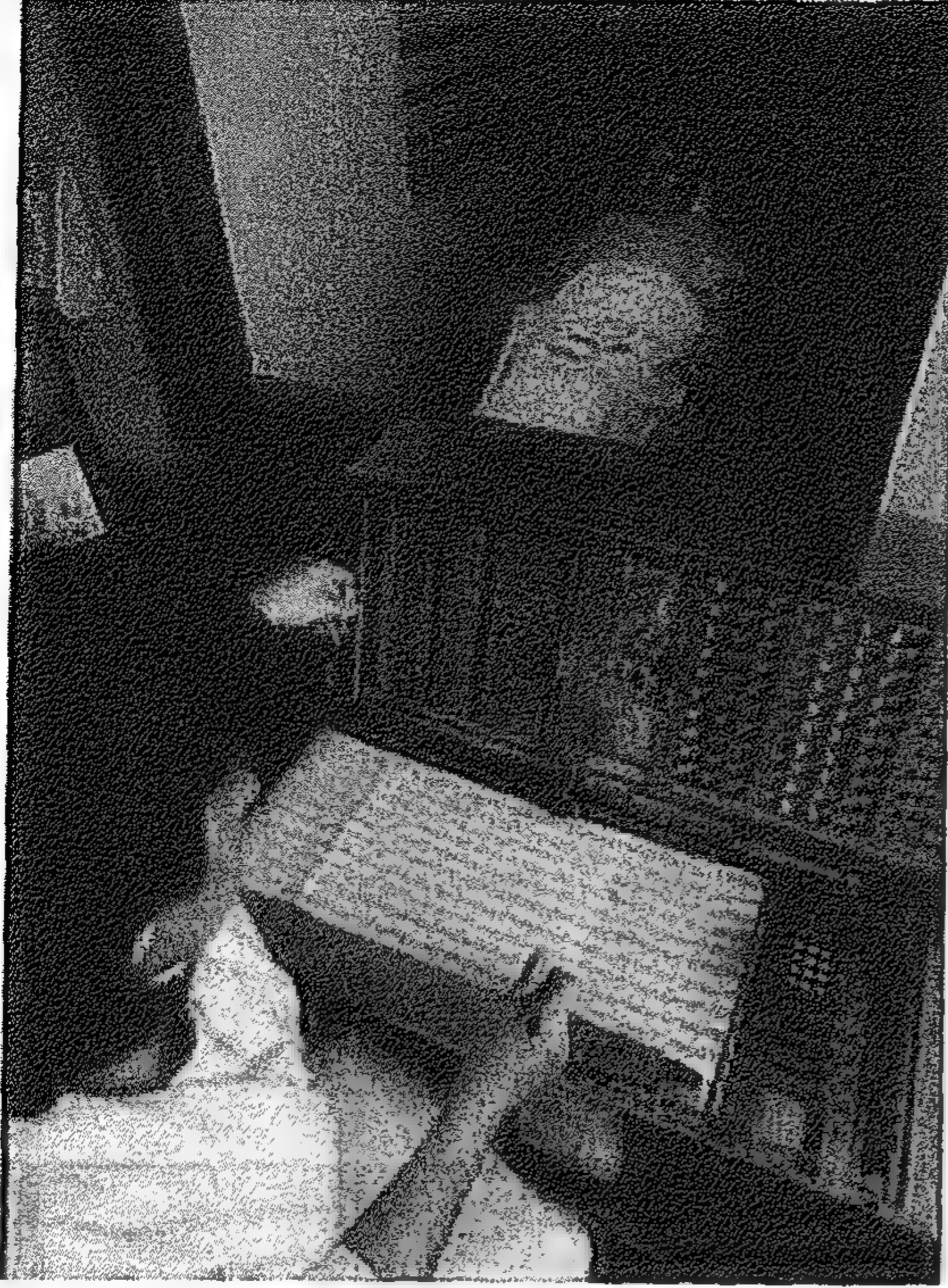


برزت أهمية دراسة الحالة في مجالات الخدمة الاجتماعية وبرامج العلاج النفسي والطبي والإدارة والاقتصاد وغيرها من العلوم التطبيقية والإنسانية وظهرت نماذج عديدة من أساليب دراسة الحالة خاصة فيما يتعلق منها بالارشاد والعلاج النفسي. ومع ذلك فقد اتفق

غالبية الباحثين على ان دراسة الحالة تهدف الى الإحاطة بتفاصيل الحالة بشتى المجالات الشخصية والحياتية للحالة. كما ثبت جدواها باعتبارها المجال الذي يتيح للأخصائي جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات الدقيقة والواضحة حتى يتمكن من اتخاذ قراراته وإصدار حكم نحو الحالة.

يحتوى نموذج الحالة على تفاصيل يستقيها المرشد من مصادر متعددة من أهمها الحالة نفسها كطبيعة المشكلة مثلا وظروفها ومشاعر صاحبها واتجاهاته ورغباته وإحاطاته. والوالدان والأسرة أو رفاق العمل أو المدرسة أو المؤسسة التي تنتمي إليها الحالة. والتطبيق الميداني لعدد من الاختبارات النفسية والعقلية والتي تكشف قدرات الحالة العقلية وسماتها الشخصية ومهاراتها وميولها المهنية. وكذلك الطبيب المختص حيث يقوم بتزويد المرشد بتفاصيل عن الحالة الصحية والجسدية وإصابات الدماغ للحالة. والأخصائي النفسي الذي يقوم بتشخيص الحالة وتطبيق الاختبارات العقلية والنفسية على الحالة. والأخصائي الاجتماعي الذي يقدم معلوماته عن تاريخ الحالة الاجتماعي وظروفها المالية والثقافية والمشكلات التي تعاني منها الحالة ومدى تأثيرها على الحالة.

(4) الفحص الطبي:



يتميز الاضطراب النفسي دائماً بتغيرات تشمل كل أجزاء جسم المريض. مما يستدعي القيام بإجراءات الفحص الطبي له. وعلى الرغم من ان هذا الفحص قد يقوم به الطبيب النفسي إلا انه من المتبع غالباً ان يقوم به طبيب آخر. فيسجل تاريخاً طبياً عاماً للمريض ويفحص مدى قيام الأجهزة المتعددة في الجسم بوظائفها بواسطة الفحص المباشر والدراسات العملية المرافقة لها لنرى فيما إذا كانت هناك عوامل جسمية ساعدت في خلق المرض النفسي الحالي للمريض. (Scully , et al ; 2010)

(5) الفحص النفسي:

يقوم الفحص النفسي للشخص على النتائج التي يحصل عليها المرشد من المقابلات المتعددة للشخص وما تفرزه الاختبارات والمقاييس النفسية والعقلية من نتائج. كما تتم دراسة المظهر العام لسلوكه. وفي هذه الحالة يجب ملاحظة كيفية دخول الحالة إلى حجرة الكشف



ومصافحته للموجودين والتوترات النفس حركية المختلطة التي تعبر عن انفعالاته. وأي علامات فيزيولوجية تظهر على الحالة مثل: القلق، بلل اليدين، تصبب العرق من الجبهة، عدم الاستقرار، التوتر، الصوت المنفعل، اتساع حدقة العين. وأي شذوذ على المظهر الجسمي للمريض بما في ذلك: أي خصائص ترتبط بالجنس الآخر. والملبس واستجابة الحالة للفحص من حيث تقبله أن رفضه إياه.

ثم بعد ذلك يتم تسجيل تلك الملاحظات من قبل الأخصائي النفسي آخذا بعين الاعتبار ما يلي:

- **الوعي:** يلاحظ هنا الحالة الوظيفية للاحساسات من حيث: الصفاء أو التلبد، والتوافق في عملية الارتباك أو الذهول.
- **الانفعالية:** ونلاحظ في هذا الجانب: نوع الانفعال: من حيث الشدة والاستمرار في تعبيرات الوجه وتوتر العضلات. والمكونات الانفعالية المضطربة. مثل: الخوف، توهم المرض، توقع الشر، القلق، اليأس، عدم الرضا الاستثارة، التشكك، الغضب، الكراهية.
- **السمات التعبيرية للسلوك:** وفي هذا الجانب نلاحظ: النشاط العام للحالة، واهتمام الحالة بالدوافع والاستعدادات والعادات التي تحدد هذا النشاط، والسلوك التلقائي وغير التلقائي للحالة، ومدى مطابقة سلوك الحالة للواقع.
- **التداعي وعمليات التفكير:** توقيت التداعي، وخصائص عمليات التفكير، وسرعة عملية التداعي أو البطء فيها. مثل: تطاير الأفكار، اضطراب التفكير، الحشو العرضي، وعدم التناسق، والتوقف عن الحديث، أو عدم الملاءمة أو اللغة المستحدثة، المبادأة، الرقابة، أو الكلمات المختلطة.
- **مضمون التفكير والاتجاه العقلي:** الاتجاه العقلي العام، معتقدات الحالة وسلوكياتها، والمحتوى العقلي للعمل خاصة ما يتعلق منها بأفكار: تقدير الذات الزائد، أو التقليل منها، وأفكار توهم المرض، والانعدامية، والأفكار المرجعية، والتأثير، والهاء ونوعه ان وجد ومحتواه الشعوري.
- **الإدراك:** وفي هذا الجانب يكشف الأخصائي النفسي عن حالات الاضطراب النفسي وخاصة الهذيان، والحالات الانفعالية للحالة، وخبرات الحالة الادراكية ومدى إدراكه أن الهالوس نوع من الاضطراب.
- **الذاكرة:** وفي هذا الجانب، فانه يمكن للأخصائي النفسي تقدير ذاكرة الحالة البعيدة او القصيرة المدى عند ذكر البيان الزمني عن تاريخ حياته سواء تعلق ذلك البيان بمراحل دراسته، او عمله، وأسماء رؤساء عمله. ويمكن التأكد من هذا الجانب بتطبيق اختبارات الذكاء التي تقيس ذاكرة الحالة.
- **تحصيل المعلومات:** يشير هذا الجانب إلى قدرة الحالة على الإجابة الصحيحة عن أسئلة تتعلق بالأحداث الجارية والمعلومات التي كان قد اكتسبها أثناء دراسته من قبل.
- **الحكم:** نعني بالحكم القدرة على مقارنة الحقائق أو الأفكار لتفهم العلاقات بينها واستخلاص الاستنتاجات الصحيحة منها، وصحة تقديرات الحالة وتفسيراتها للأمور

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

الموضوعية الخارجية والمدرجة التي يدرك فيها العلاقات التي توجد بين العوامل والأحداث. وهنا يجدر ملاحظة أن حكم الحالة يتأثر بإدراك الحالة نفسها وسماتها الشخصية. وعلى الأخصائي النفسي ملاحظة: تقدير الحالة لاضطرابها النفسي، وقدرة الحالة على مقارنة الحقائق أو الأفكار، والقدرة على فهم العلاقات بين الحقائق أو الأفكار أو الموضوعات، ومدى قيام الحالة بأمور عملها بحصافة، ومدى تحمله مسؤوليات أسرته بشكل سليم.

■ الاستبصار: يقصد بالاستبصار درجة وعي الحالة بمرضها وإدراكها لطبيعته والعوامل المسببة لها وبناء على ذلك فإنه يمكن ملاحظة تقدير المريض لكيفية تأثير المشكلات الانفعالية على توافقه الاجتماعي وأداء واجباته العادية بنجاح، ومعرفة ما إذا كان المريض، ويدرك إمكانياته، ويرغب في أن يساعده الآخرون، ويدرك المحاولات التي يبذلها للتوافق مع ما يوجد فيه من موقف.

■ الشخصية: يقوم الأخصائي النفسي بتقييم ما تتسم به شخصية الحالة من نضج وملاحظة ما إذا كانت اتجاهات الحالة تتلاءم ومرحلة نمو شخصيته، ومتسقة مع عمره الزمني.

(4 - 5) الاختبارات والمقاييس:

القياس عملية وصف المعلومات (وصفا كميا) أو بمعنى آخر استخدام الأرقام في وصف وتبويب وتنظيم المعلومات أو البيانات في هيئة سهلة موضوعية يمكن فهمها. ومن ثم تفسيرها بسهولة ويسر. وسوف تجد هنا استخدام القياس النفسي من أجل تحديد هوية الشخص وقدراته ومكوناته. خاصة وأن لكل واحد منا مجموعة من الأنماط السلوكية تختلف إلى حد ما مع الأنماط السلوكية لأنسان آخر. وهذه الأنماط تسمى بـ: "الأداء". وهنا لا بد من الإشارة إلى عدد من النقاط التي يجب أخذها بعين الاعتبار (ملحم، 2005):

- أن أداء الفرد يمكن قياسه وتقديره. وهذا يعني أننا نقول أنه يمكن تحويل أداء الإنسان من صيغة كمية باستخدام الأرقام حسب قواعد وقوانين معينة.
- أننا عندما نقيس أداء الفرد أو تقديره في مرحلة من مراحل الأمر بعد ذلك يمكننا للتنبؤ بالمراحل التالية من هذا الأداء أو الأداءات الأخرى.
- ويتضمن مفهوم قابلية أداء الفرد للقياس والتقدير معنى إخضاع هذا الأداء لظروف وعوامل خارجية قد تؤثر بدرجة أو بأخرى في عملية القياس والتقدير مثل ظروف التجريب التي يتعرض لها الإنسان في موقف من مواقف البحث والدراسة.
- ولا شك بأن أداء الإنسان إنما هو دالة خصائصه. وهذا يعني أن كل أداء أو سلوك إنما يصدر عن خاصية واحدة أو مجموعة خصائص يتميز بها الفرد عن غيره من بقية الأفراد.
- إن خاصية الفرد وأدائه والعلاقة بين الخاصية والأداء عنده تختلف من شخص لآخر. وهذا الاختلاف هو ما قامت عليه عملية القياس.

■ إن كل درجة (على مقياس ما) إنما تتكون من درجتين هما: الدرجة الحقيقية والدرجة التي تعود إلى الخطأ. ولتحديد العلاقة بين المكون الحقيقي ومكون الخطأ لدرجة ما، فإننا نسلم بأن الدرجة الكلية = الدرجة الحقيقية + الدرجة التي تعود إلى الخطأ. وأن الخطأ يمكن تصنيفه إلى: خطأ ثابت Systematic error وهو نوع من الخطأ يعود إلى المقياس في حد ذاته ويتكرر بصفة منتظمة وله نفس التأثير على كل درجة على هذا المقياس. وخطأ القياس Measurement error: وهو الخطأ الناتج عن استخدام الدرجة الظاهرية في القياس بدلاً من الدرجة الحقيقية. وهو نوع من الخطأ يحتاج إلى معالجة إحصائية خاصة للتحكم فيه. وخطأ الصدفة أو العشوائية Random error: وهذا هو الخطأ الذي لا يمكن ضبطه أو السيطرة عليه.

(1) دور الاختبارات والمقاييس في العملية الإرشادية:

الإرشاد النفسي هو العملية التي يمكن بها تنظيم أو عرض المعلومات الخاصة بالفرد على نحو يساعده في الوصول إلى حلول فعالة لمشكلات التكيف التي يعاني منها والتي تكون عادة على المستوى السلوكي العادي أو السوي. فالمرشد النفسي يتناول هذه المشكلات وأمثالها بالبحث والدراسة والتشخيص والعلاج هو واحد من مجموعة كبيرة من المتخصصين في الخدمات الفردية منهم الأطباء والأطباء النفسيون والأخصائيون الاجتماعيون والمتخصصون في عيادات الأطفال.

وقد أوجز تايلور وبوردين أهمية الاختبارات والمقاييس في عملية الإرشاد النفسي بما يلي:
(أبو حطب، 2003)

- تمتد الاختبارات المرشد النفسي بمعلومات معينة يحتاج إليها في عمله مع الشخص وتساعد في مهمته معه.
- تمتد الشخص أو العميل بمعلومات معينة يحتاج إليها وخاصة في اتخاذ قرارات معينة.
- قد تستثير الاختبارات العميل لاستكشاف ذاته.
- إن العميل قد يكتسب استبصاراً وفهماً لنفسه وهو يقوم بأداء الاختبار.

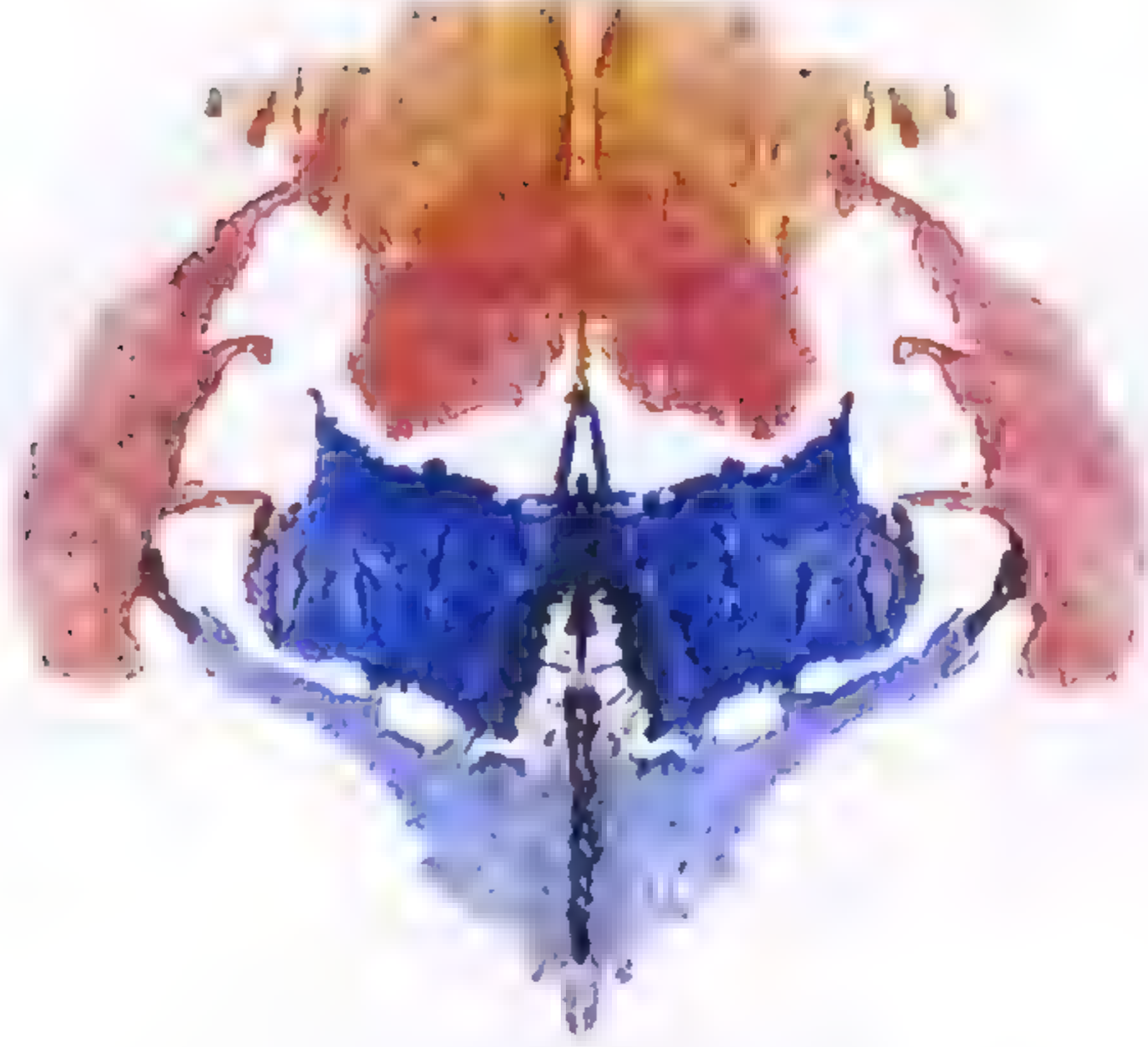
(2) الاختبارات والمقاييس:

الاختبار النفسي هو في الأساس مقياس موضوعي ومقنن لعينة من السلوك والاختبارات النفسية مثل أي اختبارات أخرى تتطلب ملاحظة عينة صغيرة من سلوك الفرد يتم اختيارها بدقة بحيث تمثل السلوك المراد اختباره تمثيلاً دقيقاً. ولما كان الاختبار يقيس عينة السلوك، فإن

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

من الضروري النظر الى الاختبارات النفسية باعتبارها عينات من السلوك، ويجب تفسيرها على هذا الاساس. بحيث تضمنت هذه الأدوات جميعا النقاط الرئيسية التالية (ملحم، 2011):

1. الاختبارات الموضوعية أو مقاييس التقدير:



تقتصر إجابات
المفحوص في هذه الاختبارات على
وضع إشارة أو كتابة كلمة صح
أو خطأ أمام كل فقرة يراها
صحيحة من وجهة نظره بحيث
تعتبر هذه الإجابات بمثابة
مؤشرات ذات دلالة على سمات
شخصيته.

2. الأساليب الاسقاطية:

وفيها يترك للمفحوص حرية التعبير والحديث والتعليق على بعض المواقف والمثيرات الغامضة بهدف الكشف عن شخصية المفحوص من خلال ما يسقطه الشخص من مشاعر وحاجات ورغبات. وقد صنف فرانك الأساليب الاسقاطية الى خمسة أقسام هي:

- أساليب تكوينية تنظيمية تتطلب من الفاحص أن يفرض على المفحوص المادة المعروضة. كما في اختبار بقع الحبر لرورشاخ.
- أساليب بنائية تتطلب من المفحوص تنظيم مواد محددة الحجم. كما في اختبار مجموعة اللعب لدريسكول واختبار تكوين القصص المصورة لشيدمان.
- أساليب تفسيرية يطلب فيها من المفحوص تفسيراً لأشياء يجيد فيها معنى شخصياً أو انفعالياً. كما في اختبار تفهم الموضوع.
- أساليب تفريغية أو تظهيرية: تتيح للمفحوص أن يستعيد ذاكرته وأن يتخلص من انفعالاته كما في طريقة اللعب العلاجي من خلال عمل الدمى وتحطيمها أو تشويهها كما في اختبار ليفي Levy الاسقاطي.
- أساليب تحريفية: تعطي صورة عن شخصية المفحوص من خلال التحريف أو التغيير الذي يحدثه المفحوص في أساليب الأطفال كاستخدام أساليب كلامية معينة أو اتباعه طريقة معينة في الكتابة.

3. مقاييس التقدير:

وهو اسهل انواع القياسات الشخصية حيث يقوم الشخص المفحوص بتقدير مستوى شخص من الناحية النفسية او التعليمية او الوظيفية. وتعتبر تقارير الكفاية التي تستخدم في مؤسسات العمل والدوائر الحكومية خير مثال لهذا النوع من المقاييس.

ومع ذلك، فقد نواجه صعوبات في القياس خاصة عندما نحاول اكتشاف درجة سمة من سمات شخصية الفرد. فالسمة ليست هنا كيانا ثابتا. وليست شيئا ساكنا وليست كمية. ولهذا فانه لا يمكن قياس السمة موضوعيا كما نقيس الطول والوزن أو عدد ضربات القلب على سبيل المثال ولهذا يجدر الأخذ بعين الاعتبار إلى ما يلي:

- لا توجد درجة صفر كنقطة بداية.
- لا توجد وحدات للسمات.
- لا يوجد اتفاق على المصطلحات المستخدمة.
- لا توجد أداة قياس مقبولة تماما.

وعلى المرشد النفسي ان يتقن المهارات الخاصة بقياس وتقييم سمات شخصية الافراد والتي تتمثل في الاتي (Nitko, 2007):

- معرفة أنواع التقييم: التقييم العقلي الذي يهدف الى معرفة نواحي القوة والضعف لدى المسترشد. وتحديد مستواه. بهدف تشخيص الحالة. وتحديد أسباب المشكلة وعواملها الرئيسية. وبالتالي تحديد اهداف العملية الارشادية التي يقوم بها. ومعرفة مدى التقدم الذي يمكن ان تطرأ على حالة المسترشد وتحديد مدى استفادة المسترشد من العملية الارشادية.
- معرفة أنواع الاختبارات والمقاييس التي تحتاجها العملية الارشادية: والتي تقيس جوانب القوة والضعف لدى المسترشد. مثل اختبارات الذكاء والقدرات العقلية، العامة والخاصة، واختبارات التحصيل الدراسي، والسمات الشخصية والميول والاتجاهات والقيم. أو كانت تعتمد على القدرة على القراءة والكتابة أو القدرة اللفظية أو الاداء الحركي العملي.
- معرفة شروط الاختبار الجيد المتمثلة في صدق وثبات وموضوعية الاختبار وسهولة تطبيقه.
- القدرة على اعداد الاختبارات والمقاييس: المتمثلة في القدرة على دراسة سلوك الفرد المراد قياسه. وتحديد اهداف تلك الاختبارات التي تقيس هذا السلوك. وتنفيذ الخطوات الاجرائية اللازمة لبناء تلك الاختبارات او المقاييس بما يتناسب والبيئة المحلية التي يطبق بها.

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

- استخدام الأساليب المختلفة في تفسير نتائج الاختبارات والمقاييس للمسترشدين. سواء كانت بالمقابلة الشخصية أو بواسطة استخدام وسائل سمعية أو بصرية تساعد في توضيح النتائج. واستخدام الحاسب الآلي في مثل تلك الحالات مهم جداً في إمكانية تفسير النتائج وتحليلها.

وملى المرشد النفسي ان ينظر بعين الاعتبار الى نقاط رئيسية ثلاث هي:

- الاختبار من حيث هو عينة للمنبهات: فالاختبار بحد ذاته يمثل عدة أسئلة أو مشكلات أو مواقف معينة يتم تنظيمها بطريقة اصطناعية لاثارة انواع معينة من الاستجابات من الافراد الذين يجري عليهم الاختبار. وحتى يكون الاختبار مفيداً، فانه يجب ان يكون لجميع مواد الاختبار نفس المعنى لدى جميع المخصوصين. وان يكون قادراً على اثاره الاستجابات المتعلقة بالقدرات المطلوب قياسها.
- الاختبار من حيث هو عينة لقدرة معينة: ويجب ان ينظر الى استجابات الفرد عن اي اختبار على انها عينة واحدة لعدة طرق كثيرة يمكن ان يعبر بها عن قدرة معينة. وان طبيعة الموضوعات التي يتضمنها الاختبار هي التي تحدد طبيعة القدرات المطلوبة.
- الاختبار من حيث هو عينة لقدرة الفرد: ان استجابات الفرد على الاختبار ليست الا عينة واحدة من عدة طرق كثيرة يمكن ان يعبر بها الفرد عن قدرته. وان دقة اي استنتاج يمكن الوصول اليه من نتائج الاختبار تتوقف على دقة تمثيل استجابات الفرد للاختبار لقدرة الفرد.
- التنبؤ بالفضل او النجاح: تستطيع الاختبارات ان تتنبأ بفضل الفرد او نجاحه في العمل. فكثير من الاعمال يتطلب قدراً أدنى من قدرة او عدة قدرات معينة. ويمكن استخدام الاختبارات كذلك للتأكد من عدم وجود الحد الأدنى المطلوب من هذه القدرات. بحيث يمكن التنبؤ بدرجة جيدة بفضل الفرد او نجاحه في العمل.

(3) الخصائص الرئيسية للاختبار الجيد:

عندما نستخدم اختباراً من أجل الحصول على معلومات تساعدنا في اتخاذ قرار ما، فإننا نواجه مشكلة أساسية تتعلق باختيارنا للاختبار الذي يمكن أن يفيدنا في اتخاذ القرار المناسب والوصول من أجل ذلك إلى الحقيقة، وقد تكون هناك بدائل عديدة لاختبارات أو أدوات قياس أخرى يمكن استخدامها لأغراض اتخاذ القرار. ولكن، يخطر ببالنا سؤال جوهري:

- أي هذه الاختبارات أو أدوات القياس هو الأفضل في تقديم المعلومات المفيدة؟
- وما هي الأسس التي نستند إليها في اختبارنا أداة القياس؟

ولاشك بأن أمورا كثيرة يمكن أخذها بعين الاعتبار عند تقييم جودة أداة القياس – موضوع الاختبار – فالصدق والثبات والموضوعية والقابلية للاستعمال أمور يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار خاصة وأن الصدق يشير إلى الدرجة التي يمكن فيها لأداة القياس أن تقدم معلومات ذات صلة بالقرار الذي سيبنى عليها، بينما يشير الثبات إلى درجة الدقة أو الضبط والإحكام في عملية القياس بحيث تعطينا معاملات الثبات فكرة عن درجة الاتساق أو التوافق في نتيجة القياس عند تكراره. أما القابلية فإنها تعني عددا من العوامل ترتبط بالاقتصاد في الكلفة والوقت والجهد والملاءمة والقابلية للتفسير، وكلها عوامل تؤخذ في الاعتبار عما إذا كان استخدام اختبار ما أو أداة قياس ما على نطاق واسع أمرا عمليا (Gay, 2007). ويمكن عرض الصفات المرغوب توافرها في أدوات القياس على النحو التالي:

1. تمثيل الاختبار للسلوك المطلوب قياسه:

يجب أن يقيس الاختبار النفسي عينة من السلوك الانساني. ومن الضروري ان تكون عينة السلوك التي يقيسها الاختبار ممثلة لجميع مجال السلوك الانساني المراد قياسه تمثيلا دقيقا حتى يمكن التنبؤ بسلوك الفرد في مواقف اخرى مشابهة (علام، 2000).

2. الصدق Validity:

للصدق مفهوم واسع، وأول معاني الصدق هو أنه يقيس بالفعل القدرة أو السمة التي وضع الاختبار لقياسها. بمعنى أن الاختبار الصادق اختبار يقيس الوظيفة التي يزعم أنه يقيسها ولا يقيس شيئا آخر بدلا منها أو بالإضافة إليها (Gay, 2007). وثبات صدق الاختبار يقتضي عادة وجود مقياس خارجي مستقل للقدرات أو السمات التي يقيسها الاختبار. ويعرف هذا المقياس بالمحك Criterion أو مقياس النجاح في العمل. ثم تقارن درجات الاختبار بالدرجات في مقياس المحك. وتحدد درجة صدق الاختبار بدرجة الارتباط بين نتائج الاختبار ونتائج مقياس المحك. ويسمى هذا الارتباط "معامل الصدق Coefficient of validity وأنواع الصدق متعددة:

فيقياس صدق المضمون Content validity عن طريق توضيح مقدار تمثيل مضمون الاختبار لأنواع الموقف والموضوعات التي يريد الاختبار قياسها. وعادة ما يستخدم صدق المضمون من أجل تقييم اختبارات التحصيل Achievement tests واختبارات الكفاية Prolicitency tests أو اختبارات الحرف Trade tests وحتى يتم تحديد صدق المضمون بدقة، فإنه لا بد من القيام بالتحليل المنظم للمواد والموضوعات التي يراد اختبارها حتى يمكن الاطمئنان الى انها جميعا ممثلة في الاختبار وبالنسبة الصحيحة ويطلق على صدق المضمون احيانا بالصدق المنطقي. Logical validity

ويعتمد الصدق التجريبي Experimental Validity في تحديد مدى الصدق على الاتفاق أو الارتباط بين درجات الاختبار الذي تود الكشف عن صدقه ودرجات فحص آخر مثل:

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

درجات فحص المدرس أو معدل التلميذ في الفصل. ونسبي درجات فحص المدرس في هذه الحالة بالمحك Criterion وهي: الأداة التي تكشف بها عن صدق الاختبار والتي يجب أن تتصف بالموضوعية والصدق والثبات.

ويحسب الصدق التنبؤي Predictive Validity في اختبار بإيجاد مقدار العلاقة أو الارتباط بين درجات الاختبار ودرجات محك آخر تجمع عنه المعلومات فيما بعد. وتستخدم النتيجة التي نحصل عليها عادة للتنبؤ بأدائه أو نتيجته مستقبلاً، ويستخرج بمقارنة نتائج الاختبار مع نتائج اختبار آخر. ومن أكثر المشكلات التي يواجهها الباحث صعوبة في اختبارات الانتقاء هي العثور على مقياس مقبول من أجل استعماله كمقياس للمحك في التحقق من صدق الاختبار، ولكل نوع من مقاييس المحك مشكلاته الخاصة به

أما الصدق التلازمي Concurrent Validity: فيعني كشف العلاقة بين الاختبار ومحك تجمع البيانات عليه في وقت أو قبل إجراء الاختبار. أي إننا نقارن بين درجات الأفراد على الاختبار ودرجاتهم على مقياس موضوعي آخر بحسب مركزهم فيما يقيسه الاختبار - على أن يعطى الأفراد درجات على المحك في نفس الوقت الذي نطبق فيه الاختبار. كأن نطبق الاختبار على العمال الذين يؤدون العمل بالفعل والذين نعرف مقدار نجاحهم فيه على أساس أحد مقاييس المحك. ثم نقارن نتائج الاختبار بنتائج مقياس المحك.

ويقاس صدق المفهوم Construct validity: بتحديد السمات النفسية التي يقيسها الاختبار. كالانطواء أو الانبساط أو الذكاء. أي باثبات أن بعض المفاهيم يمكن أن تفسر إلى حد ما الدرجات المختلفة التي حصل عليها الأفراد في الاختبار. وتوجد طريقتان احصائيتان لاثبات صدق المفهوم هما تحديد درجة الارتباط بين الاختبار وبين اختبار آخر قد ثبت من قبل أنه يقيس السمة المطلوبة. ويطلق أحياناً على هذه الطريقة في اثبات صدق الاختبار بالصدق التطابقي Congruent validity والطريقة الثانية هي اتباع الطريقة الاحصائية التي تعرف بالتحليل العاملي Factor analysis لتحديد مدى قياس عدة اختبارات لبعض السمات الانسانية المشتركة. أي لتحديد مدى تشبع هذه الاختبارات بهذه السمات. ومن الضروري في هذه الحالة التأكد من أن السمة أو العامل الذي يقيسه الاختبار مرتبط بالنجاح في العمل.

وكثيراً ما نسأل أنفسنا هل يبدو هذا الاختبار صادقاً؟ فالصدق السطحي Face validity لا يتعلق بما يقيسه الاختبار فعلاً. وإنما بما يبدو أنه يقيسه. فهل يبدو الاختبار صادقاً؟ وهل يبدو أنه ملائم للغرض الذي وضع من أجله؟ فمشكلة الصدق السطحي تتعلق أساساً بالعلاقات العامة وباكتساب ثقة الناس في الاختبار. وإن تحقيق الصدق السطحي للاختبار يساعد على تعاون الأفراد في تطبيق الاختبار.

3. الثبات:

فالثبات كما يراه الباحثون يعني مدى الاتساق بين البيانات التي تجمع عن طريق إعادة تطبيق نفس المقاييس على نفس الأفراد أو الظواهر، وتحت نفس الظروف أو في ظروف متشابهة إلى أكبر قدر ممكن (Gay, 2007) والثبات قد يعني الاستقرار Stability: بمعنى أنه لو كررت عمليات قياس الفرد الواحد لأظهرت شيئاً من الاستقرار. وقد يعني الموضوعية Objectivity: بمعنى أن الفرد يحصل على نفس الدرجة كائناً من كان الأخصائي الذي يطبق الاختبار.

ويجب أن نشير هنا إلى أنه لا يوجد ثبات مطلق للاختبار. وإنما يتوقف ثبات الاختبار على الأفراد الذين يجري عليهم الاختبار. ولذلك، فإن من المستحسن دائماً أن يحدد ثبات الاختبار على نفس الأفراد الذين سيستخدمون في الثبات وصدقه. وأن ثبات الاختبار يتوقف أيضاً على الطريقة التي استخدمت في قياسه. فقد يعطى الأفراد الاختبار الذي نريد حساب معامل ثباته ثم تصحيحه وتدوين نتائجه. وبعد فترة زمنية قصيرة (أسبوعان مثلاً) يعاد فحص الأفراد بالاختبار نفسه مرة ثانية وضمن ظروف متشابهة وتصحيحه وتدوين نتائجه مرة ثانية، ثم يحسب معامل الارتباط بين درجتا مرتي التطبيق فنكون قد استخرجنا معامل ثبات الاختبار أو معامل استقرار الاختبار. بطريقة الإعادة (Carey, 2001).

وقد نلجأ إلى إعداد اختبارين مختلفين لكنهما متشابهان أو متكافئان أو متوازنان في كل شيء، ثم يتم تطبيقهما على الأفراد في جلسة واحدة أو جلستين بفواصل زمنية قدره بضع ساعات أو عدة أيام. فنعطي الاختبار الأول (الصورة الأولى)، وبعد انتهاء الأفراد من الإجابة على فقرات الاختبار الأول. نعطي الاختبار الثاني (الصورة الثانية) ونستخرج معامل الارتباط بين درجتا مرتي التطبيق لنصل إلى معامل ثبات الاختبار أو معامل التكافؤ Coefficient of Equivalence. وقد يعطى الاختبار كله إلى الأفراد للإجابة عنه. وعند تصحيحه نقسم فقرات الاختبار إلى قسمين متساويين بحيث يحتوي القسم الأول منه على الفقرات الفردية له (1، 3، 5، ... الخ) ويحتوي القسم الثاني على الفقرات الزوجية للاختبار (2، 4، 6، ... الخ) ونستخرج معامل الارتباط بين الدرجات الفردية والدرجات الزوجية للاختبار لنصل بذلك إلى معامل الثبات أو الاتساق الداخلي. (تجزئة الاختبار Split – Half Method).

4. المعايير Norms:

يقصد بمعايير الاختبار الدرجات التي تحصل عليها العينة التي استخدمت في تقنين الاختبار. وعادة ما تستمد هذه المعايير بطريقة تجريبية من خلال تطبيق الاختبار على عينة من الأفراد تكون ممثلة لجميع الأفراد الذين يوضع الاختبار من أجلهم. وتسمى هذه العينة عادة "عينة التقنين Standardization sample وعلى المرشد النفسي والمهني الأخذ بعين الاعتبار

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

الى ضرورة ان يكون للاختبار النفسي معايير دقيقة تقارن بها الدرجات التي يحصل عليها الافراد في الاختبار.

5. التقنين:

يجب ان يكون الاختبار النفسي مقننا حتى يمكن الاطمئنان الى صحة نتائجه. ويتضمن التقنين تحديد شروط تطبيق الاختبار والمكان الذي يعطى فيه الاختبار تحديدا دقيقا بحيث تستخدم طريقة واحدة في تطبيق الاختبار وفي وضع الدرجات وفي تفسيرها.

6. الموضوعية:

تعني الموضوعية إخراج رأي المصحح أو حكمه الشخصي من عملية التصحيح، أو عدم توقف علامة المفحوص على من يصحح ودقته أو عدم اختلاف علامته باختلاف المصححين. كما تعني أيضا أن يكون الجواب محددا سلفا بحيث لا يختلف عليه اثنان كما هو الحال في الأسئلة الموضوعية. والموضوعية صفة أساسية من صفات الاختبارات يتوقف عليها ثبات الاختبار، ومن ثم صدقه، كما أنها ضرورية لجميع أنواع الاختبارات من تقليدية وحديثة. إلا أن لزومها أشد بالنسبة للاختبارات التقليدية (المقالية)، لأنها تتصف بالذاتية، بمعنى أن تصميمها وتصحيحها يتأثران بأراء وأهواء المصحح.

7. سهولة التطبيق:

من العوامل التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند تقويمنا لقابلية الاختبار للاستعمال: سهولة التطبيق. فكلما كان إجراء أو تطبيق الاختبار أسهل كلما كان ذلك أفضل، إذ أن صعوبة التطبيق قد تكون عائقاً يمنع تحقيق الصدق والثبات والموضوعية. وقد يحصل المفحوص على علامة متدنية لا تمثل قدرته الحقيقية وقد يكون السبب في انخفاض درجته ليس عدم معرفته للجواب، وإنما عدم فهمه للتعليمات.

8. سهولة التصحيح:

على الفاحص عند وضع اختبار أن يفكر بطريقة التصحيح. فإذا كانت طريقة التصحيح معقدة أو غير دقيقة أو تسمح بالذاتية كان الفحص أقل قيمة مما لو كانت طريقة تصحيحه سهلة بسيطة موضوعية. كما إن طريقة التصحيح المعقدة قد تؤدي إلى الأخطاء فضلاً عن الوقت والجهد اللذين تتطلبهما، ولا بد، عندما نستخدم العلامة أن يكون لها تفسير وأن تتخذ معنى معيناً. وعلى مؤلف الاختبار أن يزود المفحوص بمعلومات تتيح له أن يكون تقويماً صحيحاً للاختبار بالنسبة لاحتياجاته الخاصة، وأن يعطي العلامة التي يحصل عليها كل فرد المعنى

المناسب؛ وهذا يعني أن يضمن مؤلف الاختبار دليلاً يسميه بدليل الاختبار وبنوده ومواده المرفقة الأخرى. وبالتالي، لا بد من استخدام الاختبار أن يجد في هذا الدليل الأمور الرئيسية التالية:

- وصف للوظائف التي صمم الاختبار لقياسها والإجراءات التي اتبعت في تطويره.
- وصف التعليمات التفصيلية في تطبيق الاختبار.
- وصف مفاتيح التصحيح والتعليمات الخاصة بتصحيح الاختبار.
- بيانات المعايير للمجموعات المرجعية المناسبة.
- بيانات عن ثبات الاختبار.
- بيانات عن الارتباطات الداخلية بين الدرجات الفرعية.
- بيانات عن العلاقات بين الاختبار وعوامل أخرى.
- عمل أدلة عن استعمالات الاختبار وتفسير نتائج تطبيقه.

(4) المقاييس والاختبارات التي تهتم بالجانب العقلي للشخص:

لا شك أن الاختبارات والمقاييس التي تهتم بالجانب العقلي للشخص تعتبر من أدق وأفضل أدوات التقويم والتشخيص وتطبيقاتها العملية أصبحت هائلة وكثيرة في شتى ميادين الحياة. خاصة ما يتعلق منها في مجالات التوجيه والإرشاد النفسي والتربية الخاصة. وإن نتائج هذه الاختبارات تستخدم كوسيلة تساعد المختصين على فهم كل شخص بالحدود التي تقيسه وتدل عليه تلك الاختبارات. مما يمكن المرشدين النفسيين من التعرف على إمكانيات الأشخاص وقدراتهم.

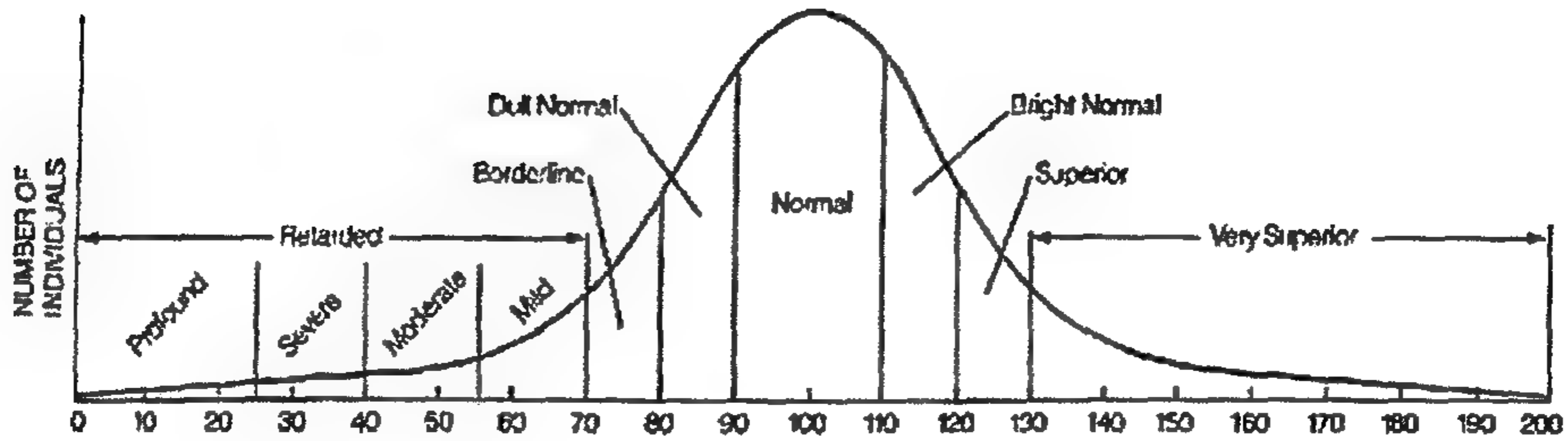


فقد ابتكر ألفريد بينيه Alfred Binet (1857 – 1911) عالم النفس الفرنسي الشهير أول مقياس عملي للذكاء (Hilgard, et al, 2003). حيث قام وزملاؤه بقياس المهارات الحسية والحركية للأفراد. إلا أن هذه المقاييس لا تعطي المعلومات المرغوبة. وبالتالي بدأوا بتقويم الوظائف المعرفية والتي تمثل جوانب: التخيل، طول ونوعية الانتباه، الذاكرة، والأحكام الجمالية والخلقية، التفكير المنطقي، والقدرة على فهم الجملة.

وقام بينيه بجمع بعض المهام العقلية لتقدير تلك القدرات. وبدأ باختيار المفردات في إحدى مدارس الأطفال بباريس. (علام، 2006). وتم تصنيف فقرات المقياس على النحو التالي:

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

- الذاكرة: مثل: إعادة الأرقام، الجمل، نسبة الأشياء من الذاكرة، فقرات من قصة أو خبر أو رسوم.
- التحصيل المدرسي: في الحساب والقراءة.
- القدرة اللفظية: القدرات والتفهم اللفظي، والتعبير اللفظي، والسمع والاستدلال اللفظي والتصنيف اللفظي وتداعي الكلمات.
- المعلومات العامة، وفهم المواقف العملية: وتشتمل هذه الفئة على المتشابهات، وتفسير الصور، السخافات، المقارنات الجمالية... الخ
- الحكم العملي، والقرارات العملية: وهي اختبارات خاصة بالمهارات الأدائية، مثل: اختبارات الرسم، ولوحات الأشكال والبراعة.



أما السلسلة الثانية الرئيسية من الاختبارات الفردية للقدرة العقلية فهي اختبارات وكسلر Weckler (وكسلر، 1983) حيث عمل في الأصل على بناء مقياس لقياس القدرات العقلية عند الراشدين خلافاً لمقياس بينيه الذي كان معداً في الأصل لقياس القدرات العقلية عند الأطفال. وتم تنظيم محتوى هذا الاختبار على شكل سلاسل تحتوي كل واحدة منها على اختبار فرعي مختلف. ويبدأ بالأسئلة السهلة متدرجاً في ذلك حتى يصل إلى الأسئلة الصعبة (Trull & Phares, 2001). وبهذا صمم وكسلر مقياسين للذكاء هما:

1. مقياس وكسلر لذكاء الراشدين:



ويتكون من (11) اختباراً منها ستة اختبارات لفظية وخمسة اختبارات أدائية. أما الاختبارات الفرعية التي يحويها القياس اللفظي فهي:

- اختبارات المعلومات العامة: Information ويتكون من 29 سؤالاً في المقياس الأصلي، (26) سؤالاً في المقياس باللغة العربية منها سؤال تمهيدي وهذه المعلومات العامة الشائعة لا تحوي معلومات فنية أو تخصصية.

- **الفهم العام: Comprehension** ويتكون من 14 سؤالاً في المقياس الأصلي (10 أسئلة في النسخة العربية) ويسأل المفحوص عما يجب عمله في ظروف معينة. ويتطلب هذا الاختبار قدرة على الحكم العملي والفهم العام Common sense. وهذه الأسئلة قريبة إلى حد ما عما يحويه مقياس ستانفورد - بينيه من أسئلة الفهم.
 - **الاستدلال الحسابي: A. Reasoning** يتكون هذا الاختبار من 14 مسألة حسابية في المقياس الأصلي (10 مسائل في النسخة العربية) وهذه المسائل قريبة من مستوى مادة الحساب في المرحلة الابتدائية. ولكل مسألة زمن معين. وتلقى الأسئلة شفويًا.
 - **المتشابهات: Similarities** ويتكون من 13 سؤالاً في المقياس الأصلي (13 سؤالاً في النسخة العربية) ويطلب من المفحوص معرفة أوجه التشابه بين شيئين.
 - **إعادة الأرقام: Digit Span** وفي هذا الاختبار تعرض على المفحوص قوائم من الأرقام تتراوح بين 3 أرقام.... ويطلب من المفحوص إعادة ذكرها. وفي القسم الثاني من الاختبار يطلب من المفحوص إعادة الأرقام بالعكس. والمفردات: **Vocabulary**؛ وفيه يلقي ويعرض على المفحوص مفردات عددها 42 مفردة متدرجة في الصعوبة. ويطلب إلى المفحوص ذكر معنى كل كلمة.
- أما المقياس الأدائي أو العملي: **Performance** فيتكون من خمسة اختبارات هي:
- **رموز الأرقام: Digit Symbol**؛ وفيه تعطى رموز معينة للأرقام (أي عبارة عن شفرة أو لغة سرية) وتعطى تلك الرموز للمفحوص ويطلب إليه أن يكتب أكبر عدد ممكن من الرموز الدالة على أرقام موجودة في ورقة الإجابة في زمن محدد.
 - **تكميل الصور: Picture Completion** ويتكون من 21 بطاقة في المقياس الأصلي (15 بطاقة في النسخة العربية) وكل صورة تحوي جزءاً ناقصاً. ويطلب من المفحوص ذكر الجزء الناقص.
 - **رسوم المكعبات: Block Design** ويتكون هذا الاختبار من 16 مكعباً و9 بطاقات كل منها ذات رسم معين. وهذه المكعبات ملونة بالأزرق والأبيض والأصفر والأحمر. وبعضها يشترك فيها لونين معاً (في النسخة العربية) ويطلب من المفحوص رص المكعبات، بحيث تماثل الرسوم في البطاقات وهي متزايدة في الصعوبة. وتتطلب ما بين 4 - 9 مكعبات. ولكل بطاقة زمن محدد.
 - **تجميع الأشياء: Objects Assembly**؛ ويعرض على المفحوص نماذج مقطعة إلى قطع صغيرة كل منها يمثل صبي - وجه - يد، ويطلب من المفحوص جمع القطع بحيث تكون الشكل كاملاً.

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

- **ترتيب الصور: Picture Arrangement** يعرض على المفحوص مجموعات من الصور. كل مجموعة يمكن ترتيبها بحيث تكون قصة. وعدد الأسئلة 8 في المقياس الأصلي (6 في النسخة العربية).

2. مقياس وكسلر لذكاء الأطفال WISC:

يقسم المقياس كما هو في مقياس الراشدين إلى قسمين أحدهما لفظي والآخر عملي. ومجموع الاختبارات 12 اختبارا منها اختباران احتياطيان. ويشمل القسم اللفظي على: المعلومات العامة، الفهم العام، الاستدلال الحسابي، المتشابهان، المفردات. أما القسم العملي أو الأدائي فيشتمل على كل من: تكملة الصور، ترتيب الصور، رسوم المكعبات، تجميع الأشياء، الترميز، (احتياطي) المتاهات.

5) المقاييس التي تهتم بالجانب النفسي للعميل:

استخدم عدد من علماء النفس أدوات عديدة لقياس الشخصية. وغالبا ما يستخدمون أكثر من أداة لتحديد سمات الشخصية وخصائصها وجوانب المرض فيها. كالمقابلات والملاحظات والتجارب والاختبارات. وأن هذه المقاييس تندرج ضمن ثلاثة أنواع هي: (مليكه وآخرون، 2010):

فالاختبارات الموضوعية أو مقاييس التقدير الذاتي Self report: تقتصر إجابات المفحوص فيها على وضع إشارة أو كتابة كلمة صح أو خطأ أمام كل فقرة يراها صحيحة من وجهة نظره بحيث تعتبر هذه الإجابات بمثابة مؤشرات ذات دلالة على سمات شخصيته.

والأساليب الإسقاطية Proactive: يترك فيها للمفحوص حرية التعبير والحديث والتعليق على بعض المواقف والمثيرات الغامضة بهدف الكشف عن شخصيته من خلال ما يسقطه من مشاعر وحاجات ورغبات. وقد صنف فرانك () الأساليب الإسقاطية إلى خمسة أقسام هي:

- **أساليب تكوينية تنظيمية** تتطلب من الفاحص أن يفرض على المفحوص المادة المعروضة. كما في اختبار بقع الحبر لرورشاخ.

- **أساليب بنائية** تتطلب من المفحوص تنظيم مواد محددة الحجم. كما في اختبار مجموعة اللعب Play Kit لدريسكول Driscoll واختبار تكوين القصص المصورة لشيدمان Sheidman.

- **أساليب تفسيرية** يطلب فيها من المفحوص تفسيراً لأشياء يجيد فيها معنى شخصيا أو انفعاليا. كما في اختبار تفهم الموضوع T. A. T.

- أساليب تفريغية أو تظهيرية: تتيح للمفحوص أن يستعيد ذاكرته وأن يتخلص من انفعالاته كما في طريقة اللعب العلاجي من خلال عمل الدمى وتحطيمها أو تشويهها كما في اختبار ليفي Levy الاسقاطي.
- أساليب تحريفية: تعطي صورة عن شخصية المفحوص من خلال التحريف أو التغيير الذي يحدثه المفحوص في أساليب الأطفال كاستخدام أساليب كلامية معينة أو اتباعه طريقة معينة في الكتابة.

أما مقاييس التقدير: Rate Scales: وهو أسهل انواع القياسات الشخصية حيث يقوم الشخص المفحوص بتقدير مستوى شخص من الناحية النفسية أو التعليمية أو الوظيفية. وتعتبر تقارير الكفاية التي تستخدم في مؤسسات العمل والدوائر الحكومية خير مثال لهذا النوع من المقاييس

ومع ذلك، فقد نواجه صعوبات في القياس خاصة عندما نحاول اكتشاف درجة سمة من سمات شخصية الفرد. فالسمة ليست هنا كياناً ثابتاً. وليست شيئاً ساكناً Static وليست كمية Quantity. ولهذا فإنه لا يمكن قياس السمة موضوعياً كما نقيس الطول والوزن أو عدد ضربات القلب على سبيل المثال ولهذا يجدر الأخذ بعين الاعتبار إلى أنه لا توجد درجة صفر كنقطة بداية. أو وحدات للسمات، ولا يوجد اتفاق على المصطلحات المستخدمة. أو أداة قياس مقبولة تماماً.

سادساً: طرق الارشاد والعلاج النفسي:

بدأ الاهتمام بتطوير نظريات واضحة للارشاد والعلاج النفسي خلال النصف الاول من القرن الماضي بهدف صياغة قواعد وقوانين لجمع الاراء والتصورات النظرية والعلاجية. ويعتبر احدث تغير ايجابي في المحتويات النفسية المستهدفة من قبل النظرية من اهم نقاط التحدي لأي نظرية ارشادية او علاجية وذلك لاعتماد التغير في تلك المحتويات على العديد من المتغيرات المرتبطة باقطاب العملية الارشادية وهي المرشد والمسترشد وموضوع الارشاد.

ويشير ماكابي في معرض اشارته لنظريات الارشاد والعلاج النفسي ان النظرية هي وسيلة مساعدة تعيننا على رؤية العلاقات الموجودة بين حادثة او حقيقة وحادثة اخرى او حقيقة اخرى. ويرى هول ولندزي ان النظرية تمثل مجموعة من افتراضات مناسبة ترتبط مع بعضها البعض في شكل نسق يضعها صاحب النظرية. ويشير كل من بينسكي وبينسكي الى النظرية باعتبارها عالماً ممكن الحدوث نستطيع مضاهاته او اختباره بعالم واقعي او حقيقي.

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

ولا بد من اعتماد النظرية في الإرشاد على قوانين واضحة بالاضافة الى وصف تلك القوانين بشكل محدد وان تحوي على مجموعة من التعريفات الاجرائية لمصطلحاتها ومفاهيمها المتضمنة بحيث يمكن اخضاع المفهوم لعملية القياس والتقدير والمراقبة.

وتختلف نظريات الارشاد من حيث الشمولية. وان النظرية الاكثر شمولية هي النظرية القابلة للتطبيق على طيف واسع وكبير من المواقف العلاجية. ولا بد ان تكون النظرية قابلة للدراسة والفحص والتقصي من قبل الباحثين في جميع المجالات من خلال الدراسات العلمية المحكمة التي تظهر دور النظرية في اظهار التغييرات السلوكية ومفاهيم وفروض النظرية بشكل واضح. فالفرضية الجيدة هي تلك التي تقدم العديد من الخبرات المساعدة للمعالج خلال عمله مع المسترشدين المختلفة وهي تلك التي تتضمن في اجراءاتها مجموعة من الاساليب المساعدة على فهم المسترشد وتحقيق توافقه (ملحم، 2009). والسؤال الذي يطرح نفسه:

لماذا نحتاج الى نظرية في الارشاد والعلاج النفسي؟

(6 - 1) دور النظرية في الارشاد والعلاج النفسي:

يمكن للنظرية ان تقوم بعدد من الوظائف التي تفيد في تحقيق التوافق النفسي لدى الناس في مختلف مراحلهم العمرية. فهي تقودنا الى ملاحظة علاقات معينة ربما كنا نتجاوز عنها في الماضي. لكنها في حقيقة الامر هامة في تحقيق التوافق النفسي للفرد. وقد تساعدنا كذلك في الاستفادة من البيانات التي لدينا. ذلك ان من ابرز خصائص النظريات انها تفترض قوانين يمكن ان تتنبأ بالاحداث. وهي بالتالي تشتمل على تأكيدات تقودنا الى توقعات او تقديرات يمكن اختبارها والتحقق منها.

وتساعدنا النظريات كذلك على تركيز انتباهنا على البيانات المناسبة وتخيرنا بما ينبغي ان نبحث عنه. وتقودنا بالتالي الى استخدام الاصطلاحات المناسبة. وقد تساعدنا على بناء طرق جديدة للسلوك في موقف الارشاد وفي كيفية تقويم الاساليب القديمة والحكم عليها.

ويشير الباحثون (Brown, 2007) (الشناوي، 1998) الى ان هناك فوائد خاصة للنظرية في مجال الارشاد تتعلق بالمرشد والمسترشد. فقد تؤثر النظرية بشكل مباشر على توقعات المسترشد وعلى طريقة سلوكه اثناء عملية الارشاد. والنظرية الجيدة يجب ان تتمتع بعدد من الخصائص من ابرزها ما يلي:

- ان تشتمل النظرية على مجموعة من المسلمات او الافتراضات وهذه تمثل المعطيات المقبولة والتي لا تحتاج الى اثبات. بحيث تكون هذه المسلمات متسقة داخليا.
- ان يكون هناك مجموعة من التعريفات للمصطلحات او المفاهيم التي تشتمل عليها النظرية

بحيث ترتبط هذه المفاهيم مع البيانات الناتجة عن الملاحظة أو الإجراءات. ومن تجعل من الممكن دراسة المفاهيم في البحث والتجريب.

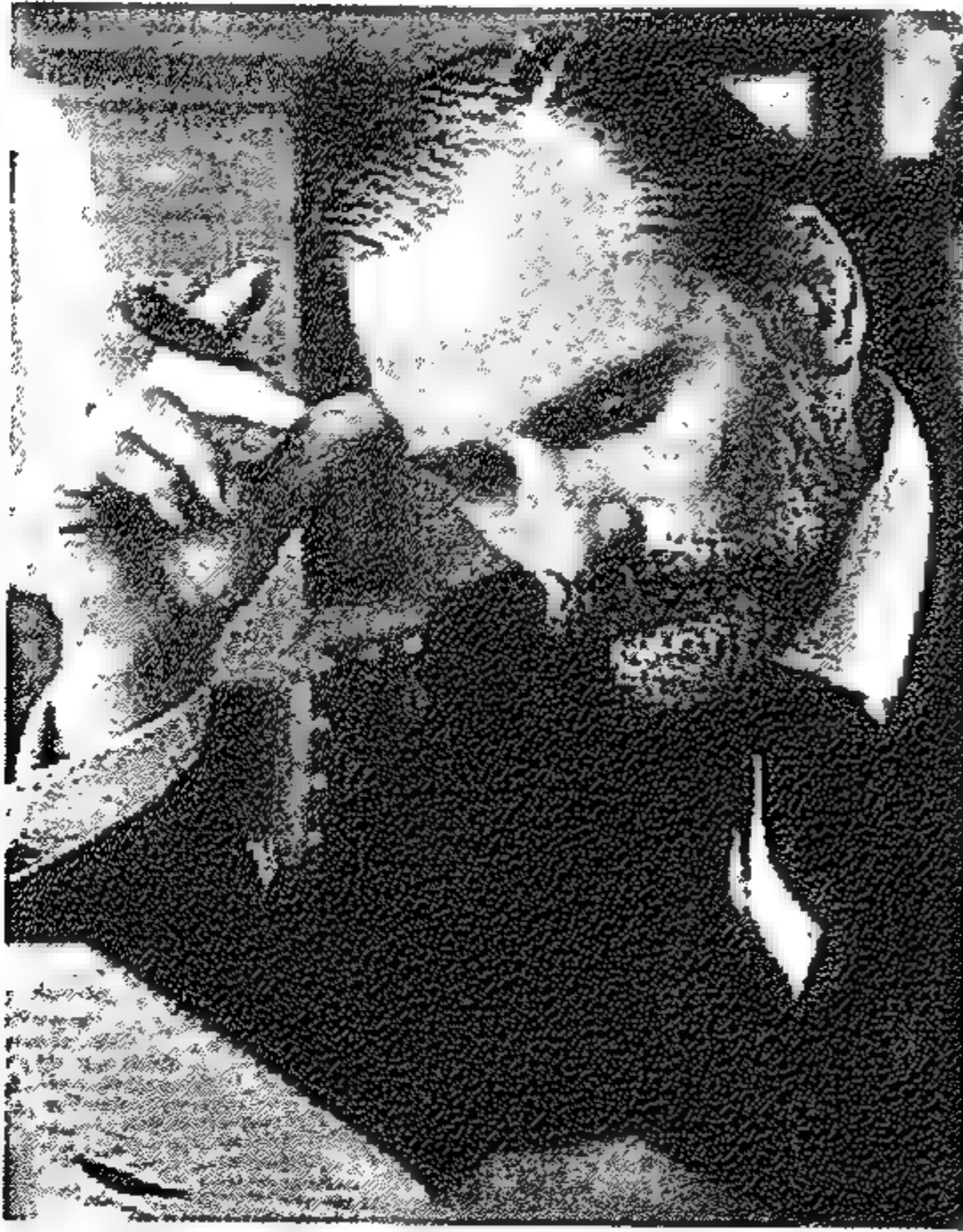
- ان تحمل المصطلحات أو المفاهيم علاقات معينة مع بعضها البعض. وتشتق منها مجموعة من القواعد تتسم بالمنطق وتشتمل على علاقات السبب - النتيجة.

ومن الأهمية بمكان ان تكون النظرية قابلة للتطبيق لعدد من المواقف ولا تقتصر على موقف واحد بعينه.

(6 - 2) النماذج النظرية في الارشاد والعلاج النفسي:

(1) نظرية التحليل النفسي:

يعد فرويد (1856 - 1939 م) المولود بفريبرج مورافيا Moravia \ Freiberg التي تعرف تشيكوسلوفاكيا في ذلك الوقت. أول من قدم تفسيراً للنفس البشرية باستخدامه مصطلح دينامية الشخصية الذي يعني ببساطة تفاعل شبكة من المتغيرات سواء أكانت هذه المتغيرات في النفس البشرية أو كانت في الظواهر الطبيعية، أو البيولوجية. وكان التفسير لأي ظاهرة إنسانية كانت أو اجتماعية أو فيزيقية لا يتأتى إلا بالمفهوم الدينامي. وهو مفهوم شبكي يتجاوز المفهوم الخطي (سبب ونتيجة) الذي كان يميز الفهم الاستاتيكي للظواهر والأحداث. وتشترك



الكثير من نظريات الشخصية في توظيف مفهوم الدينامية حتى يتمكن المنظر من تفسير السلوك الانساني. (Liebert & Spiegler, 2002)

وقد ركزت نظرية التحليل النفسي على مفهوم أساسي هو: الحتمية البيولوجية. وبذلك فإنها لا تعبر اهتماماً للبعد الاجتماعي أو الثقافي وأثره في الشخصية. وقد تحدث فرويد عن ثلاث منظومات في بناء الشخصية ونموها والتي وردت الإشارة إليها في بناء الشخصية الإنسانية ونموها. بحيث تعمل المنظومات الثلاثة بطريقة متكاملة لتشكل معاً شخصية الفرد وسلوكه بشقيه: (عباس، 1982)

- السلوك الواضح كما يتضح من خلال أداءات الفرد Performance والذي يسميه Overt behavior.
- السلوك المضمّر Covert behavior الذي يمكن الكشف عنه بطرق غير مباشرة. والذي يعبر عن أغوار الشخصية. (Ford & Urban, 2003)

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

افترض فرويد ان للوعي مستويات ثلاثة هي: الشعور Conscious وما قبل الشعور Preconscious والا شعور Unconscious. وينطوي اللا شعور Unconscious على مكنونات متنوعة تعمل بقوة من داخل الفرد وتؤثر في حياته سواء أكان يقظا او نائما. ويعتبر مبدأ الحتمية Determination من المبادئ الهامة التي تقوم عليها نظرية التحليل النفسي في الحوادث النفسية. فلكل حادثة نفسية عواملها التي تحدد وجودها وجددتها. وعند البحث عن هذه العوامل فاننا نجد صعوبة للوصول اليها جميعا بالنظر الى كثرة التعقيد فيها وعجز الفرد عن وعي بعضها حين تكون طرفا في الفعالية اللا شعورية Unconscious activity التي تشير الى ان جزءا من الفعالية النفسية التي تأخذ مجراها عند السوي وغير السوي من الأفراد تجري من دون ان يعيها الشخص او يكون شاعرا بها.

تحدث فرويد عن الدينامية كمفهوم أساسي في التحليل النفسي يفسر الظواهر النفسية على انها محصلة لصراع القوى المتعارضة في داخلنا والقوى الداخلة في الصراع هي الحوافز الغريزية ذات الأصل البيولوجي (طفرات جنسية وطفرات عدوانية) وحوافز مضادة لها ذات أصل اجتماعي. فالحلم مثلا من حيث هو سلوك لا يخرج عن كونه محصلة لصراع بين قوتين: مكبوتات تريد ان تخرج، ودفاعات تعترض طريقها في صورة رقابة. والاعراض المرضية ليست الا محصلة للصراع بين المكبوتات والدفاعات. (بطرس، 2007)

كما اشار الى البنائية لدى الكائن مشيرا الى ان كل صراع لا بد وان يتم بين منطقتين او وحدتين فالصراع داخل الهو Id ولا صراع داخل الانا Ego. بل يكون الصراع بين هاتين المنطقتين. وتعتمد وجهة نظر العلاج النفسي على نظرية فرويد في الشخصية التي تقول بوجود جوانب ثلاثة لها هي: الهو، الانا والانا الأعلى. ولكل جانب من هذه الجوانب وظائفه في حياة الشخص:

فالهو: The Id: يضم كل ما يحمله الطفل منذ ولادته، ويكون الجانب الأول المبكر من الشخصية. وهو الحامل والحاضن لما يسميه فرويد " الغرائز " وقمة الغرائز هي غريزة اللذة ويعمل الهو وفق مبدأ اللذة ولا يخضع لمبدأ الواقع او العلاقات المنطقية. كما انه يقع في اللا شعور من حيث الأصل. وينشأ الانا: The Ego وينمو مع حياة الطفل ويكون المنطلق في نشأته وما يحتاج الطفل الى فعله في مواجهة العالم من حوله. ولهذا يعمل الانا وفق مبدأ الواقع وعملياته. ويخضع للمنطق والعلاقات المنطقية ويسعى لأن يكون متمشيا مع الأوضاع الاجتماعية المقبولة. ويقوم الانا بعملين أساسيين في آن معا. فهو يحمي الشخص من الأخطار التي تهدد في العالم الخارجي: وحتى يتحقق هذا الغرض فان الانا يتحكم بالغرائز ويضبط اندفاعاتها لأن إشباعها يمكن أن يؤدي إلى خطر يصيب الشخص. فالعدوان الموجه نحو الآخرين يمكن أن يؤدي إلى رد الآخرين ردا يحتمل فيه أن يكون خطرا على صاحب العدوان. ويوفر النشاط أو العمل اللازم لإشباع الغرائز

التي يحملها الهو. ويضم الأنا الأعلى، The Super Ego الأنا الأعلى القيم والمثل العليا الاجتماعية والأخلاقية والدينية التي يري الطفل عليها في كل من البيت والمدرسة والمجتمع الخارجي. وعليه، يعتبر الأنا الأعلى الحاضن لما يراه المجتمع حسنا ويلج فيه.

وافترض فرويد وجود مناطق شبقية في البدن (لذة شهوية) وان للأطفال حياة جنسية. ورأى بأن الطفل الصغير كائن غريزي مليء بحوافز جنسية كثيرة. وتتركز في هذه المناطق الشبقية عمليات الاستثارة والتهيج. ويتم خفضها أو التخلص مما بداخلها من توتر عن طريق فعل معين كالرضاعة مثلاً. أما المناطق الشبقية الرئيسية فهي الفم والشرج والأعضاء التناسلية. وتؤدي هذه المناطق دوراً مهماً بالنسبة لنمو الشخصية. كما تشكل المصادر المهمة الأولى للاستثارة والتهيج التي يتعين على الطفل التعامل معها على نحو يخفف من مستوى التوتر النابع منها. وهي كذلك مصدر لذة أولية في حياته. وتؤدي الأفعال المتعلقة بالمناطق الشبقية بالطفل عملها إلى أن يختبر ذاته من خلال الصراع مع والديه ومحيطه. وما ينتج عن هذه الصراعات من مشاعر الإحباط والقلق يؤدي بالضرورة إلى نمو أساليب من التوافق مع ذاته ومع المحيط.

وقدم فرويد تصوراً دينامياً يوضح فيه هذا المفهوم. فالحفيزات الجنسية التي تريد أن تنطلق من الهو وتعيش شعورياً لتتبع وفقاً لمبدأ اللذة. إلا أن الأنا تريد منعها مستندة إلى مبدأ الواقع ومتأثرة بالأخلاقية. ويرى فرويد أن الميكانزم الدفاعي هو بمثابة القوة الكابتة التي تضعها الأنا لمنع هذه المكبوتات من الظهور شعورياً (Nelson – Jones, 2006). فتلتف حول التعبير المباشر عن الحفيزات الجنسية غير المرغوب فيها وتصبح في صورة مقبولة نوعاً. وتقوم بالتوفيق بين الحفزة الجنسية ومتطلبات المجتمع وثقافته. ولا يعد الميكانزم دفاعياً إلا إذا تكرر حدوثه مرات ومرات في مواجهة تجارب كثيرة منذ الطفولة. وتعمل هذه الميكانزمات لاشعورياً. كما وأنها تعد بمثابة هروب من مواجهة الواقع عن طريق الإنكار والتحريف أو الطمس أو الإخفاء... الخ. (Liebert & Speiglar, 2002)

وأشار فرويد إلى أن نمو الشخصية، The Development Of Personality تمر

بمراحل يمكن تحديدها استناداً إلى ما يظهر عليه دافع الجنس أو الجنسية Sexuality. ويشير التحليليون إلى مصطلح الجنسية على المدى الواسع من السلوك الذي يشتمل على الاندفاعات الوجدانية واللذة الحادثة في مناطق الإثارة الجنسية في البدن والتي غالباً ما تسمى بالحب، وما الدافع الجنسي إلا مظهر جنسي للطاقة الجنسية "Libido". والأفراد من كل جنس لديهم عناصر من الجنس المقابل. مما يعني أن الأفراد ثنائيي الجنس ودرجة المثلية الجنسية خلقية والتحديد النهائي للسلوك الجنسي يعتبر نتيجة لحدة الاستعدادات الخلقية وللخبرات والقيود في اتجاه أو آخر. هذا، وقد تحدث فرويد عن مراحل تطور الغريزة الجنسية معتمداً في ذلك على

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

فكرة المناطق الشبقية " مناطق اللذة الشهوية " في الجسم والتي تؤدي إثارتها إلى الإشباع الجنسي. وهذه تتغير تبعاً للسن والنمو. وهذه المراحل هي (Thompson, et al. ; 2004):

المرحلة الفمية: The Oral Stage (من الميلاد – وحتى سنة ونصف): وهي المصدر الأول للذة الرضيع. وتشق اللذة من الضم وتبدأ مع عملية مص اللبن. والتثبت Fixation على هذه المرحلة "مرحلة المص" تؤدي إلى نمو سمات مثل الهدوء والثقة والتفاؤل والاهتمام باكتساب المعرفة واقتناء الأشياء.

وخلال العام الثاني تنمو عمليات التفريغ " للطاقات الغريزية التي تسعى إلى التصريف " كما تنمو العمليات المضادة للتفريغ " الطاقات التي تمنع أو تتحكم في هذا التفريغ " المرحلة الشرجية: The Anal Stage (من سنة ونصف – ثلاث سنوات) " ويتعلق هذا النمو بالوظائف الخاصة بعملية الإخراج. والتي تقود الطفل إلى الخبرات الأولى بعملية الضبط الخارجي للدوافع الغريزية والتي تتضمن تأجيل اللذة أو الراحة المترتبة على التخلص من الفضلات وتخفيف التوترات الناشئة عن عدم التفريغ. ويؤدي التدريب القاسي على عمليات تنظيم الإخراج إلى نمو سمات مثل العناد والبخل أو الشخصية المتزمطة. أو قد يؤدي إلى أن ينفس الطفل عن غضبه بثورات غير ملائمة من الهياج قد تؤدي إلى إظهار عدد من السمات المتعلقة بالشجار والتحدي والتخريب.

وخلال هذه المرحلة تنمو المشاعر الجنسية والعدوانية ذات الصلة بالأعضاء التناسلية " المرحلة العضوية الجنسية: The Phallic Stage (من 3 – 6 سنوات) " وتشمل ما يشبه عملية الاستمناء. وفي هذه المرحلة تظهر عقدة أوديب وعقدة اليكترا The Oedipus Complex and Electra Complex فيتحذ الولد من الأم هدفاً أو موضوعاً للتفريغ الانفعالي. وينمي باتجاه الأب انفعالات الغيرة والعداوة. وعكس ذلك يكون لدى البنت. كما ينمو لدى الولد الخوف من الخصاء أما البنت فتعتقد أن الخصاء قد حدث لها فتلوم أمها من أجل ذلك. أما الولد فيكبت رغبته في الأم وعداوته للأب ويتوحد مع الأب ويصل الأنا غايته في النمو. وتنقل البنت حبها المبكر جداً للأم إلى الأب وإن كان حبها للأب مشوياً بشيء من الغيرة لأنه يملك ما ينقصها. وعقدة اليكترا لديها لا تكبت ولكنها تتعدل وتتغير عن طريق الواقع وإدراك هذا الواقع وتضعف بمرور الزمن

وتكبت الدوافع الجنسية عند الضرر وينمو الكف الجنسي ويحدث الإغلاء للدوافع الجنسية " مرحلة الكمون أو الخمود: The Latency Period (من 6 – 11 سنة) " وذلك ما بين سن الخامسة أو السادسة وحتى سن البلوغ.

وفي سن البلوغ تنشط دوافع ما قبل المرحلة الجنسية. " المرحلة الجنسية: The Genital Stage (مرحلة المراهقة) " فإذا كانت هذه الدوافع قد تم استبدالها أو إعلائها بواسطة الأنا فإن الشخص يدخل الى مرحلة النضج ويبدأ المراهق في حب الآخرين حبا أثاريا وينمو عنده التطلع الجنسي والتطبيع الاجتماعي والأنشطة الجماعية. والتخطيط المهني، والإعداد للزواج وتكوين الأسرة ويتحول الشخص من طفل نرجسي باحث عن اللذة الى كبير ناضج واقعي اجتماعي التوجه. .

يعتمد الارشاد والمعالجة الفرويدية في العلاج النفسي على عدد من المفاهيم الأساسية التي مر ذكرها في الصفحات السابقة. وتعتمد كذلك على نظرة خاصة الى مراحل تطور الفرد تتميز كل منها بتوضع خاص لمركز اللذة او ظهور تأثيرها. ويكون سير المعالجة الفرويدية موجها بالمفاهيم الأساسية معتمدا على كشف ما في اللاشعور واطلاقه ليصبح شعوريا ويدخل بذلك في معرفة الشخص ووعي الحاضر. وعلى الكشف عن خبرات الطفولة والتفاعل بين المعالج والمتعالج في عمليات وسيلتها الرئيسية. التخاطب وأغراضها الوصول تدريجيا إلى إحداث تغيير عميق في البناء الانفعالي للشخص المتعالج. ويحتل كل من التداعي الحر، والتحويل ومواجهته، والتفسير، ومواجهة مقاومة المتعالج.

وارتبط اسم "الفرويديون الجدد Neo – Freudian" بمجموعة من علماء التحليل النفسي الذين طوروا النظرية الفرويدية الكلاسيكية الى نظرية جديدة في الارشاد وهي نظرية الأنا بحيث تصبح اكثر ملاءمة في علم النفس. ومن هؤلاء ألفريد أدلر Adler وكارن هورني Horney، وكارل يونج Jung وأتورانك.

وتم تطوير نظرية الأنا Ego – Counseling من النظرية الفرويدية الكلاسيكية من قبل علماء النفس التحليليين الجدد الذين اعطوا أهمية اكبر لتأثير الأحداث البيئية والاستجابات المتعلمة والمؤثرات الاجتماعية الثقافية. وفي مقدمتهم ألفريد أدلر Adler وكارن هورني Horney، وكارل يونج Jung، وأتورانك Rank، وهاري ستاك سوليفان Sullivan، وإيريك فروم Fromm، وإيريك إريكسون Erikson وغيرهم. إلا ان المفاهيم التي نادوا بها في نظريتهم تمثل امتدادا للفكر السيكلوجي في التحليل النفسي مع تركيز اكبر على وظائف الأنا مشيرين الى ان علم نفس الأنا Ego psychology يقيم وزنا اكبر بين الجوانب البيولوجية والجوانب الاجتماعية والثقافية للسلوك الانساني. مركزين في ذلك على قوة الأنا Ego – Strength بحيث تعد هذه القوة ركيزة الصحة النفسية وغاية الارشاد/ العلاج النفسي. وركز علماء النفس التحليليين الجدد كذلك الى ما يطلقون عليه السلوك السوي او السلوك الصحي. ويميلون الى اعطاء البيئة في نمو الفرد دورا اكبر. وبالتالي فإن طريقة الارشاد في نظرية الأنا تركز على مساعدة الافراد على انماء جوانب وقوى المواجهة في الشخصية.

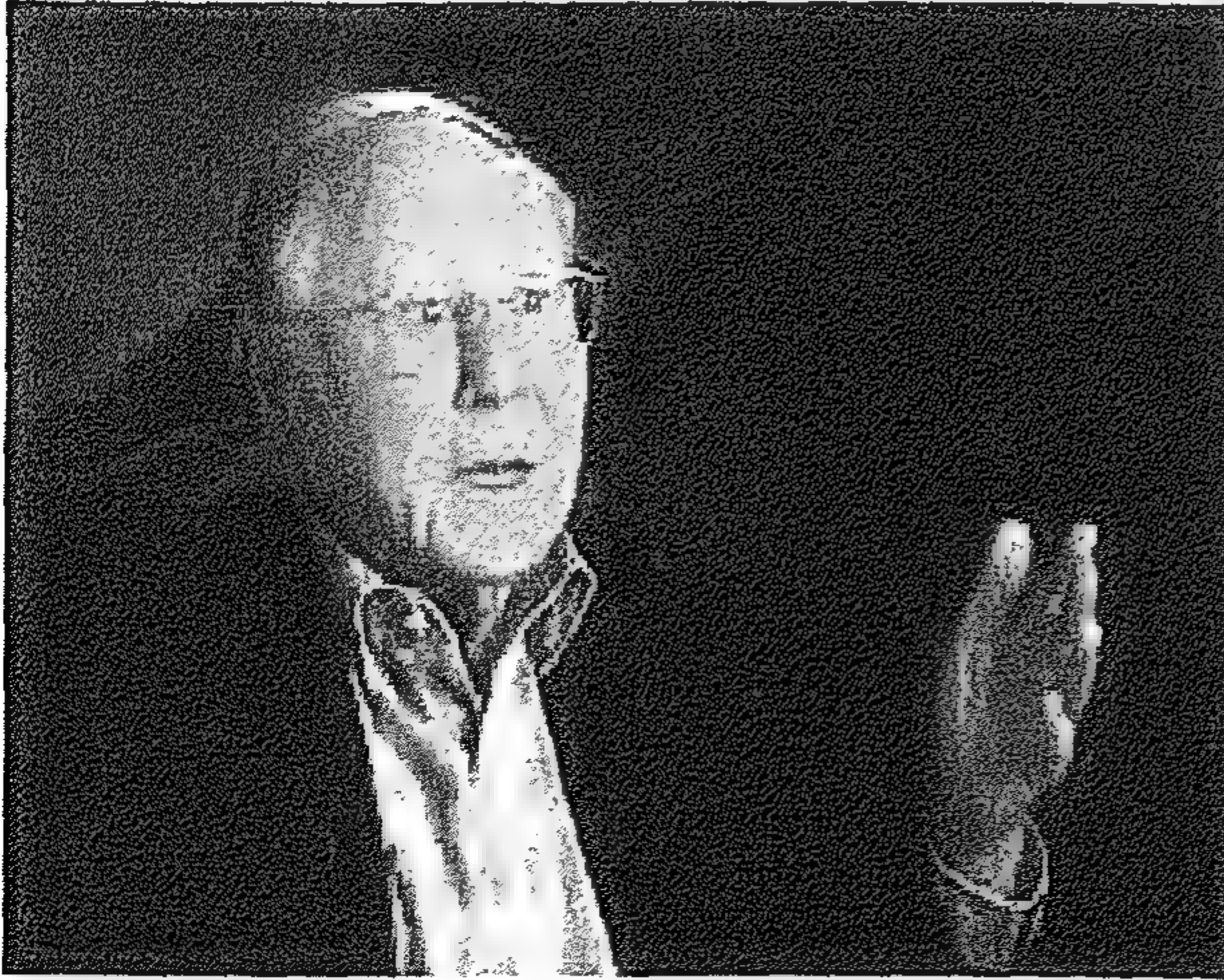
عملية الإرشاد والعلاج النفسي

ومساعدتهم على مواجهة واقع العالم من خلال بناء وظائف الانا. حتى تستطيع الانا التعامل مع المشكلات في العالم الواقعي. بينما يساعد الافراد على التخلص من آليات الدفاع التي تعوق التفاعل مع العالم الواقعي.

(2) الارشاد والعلاج النفسي بالطريقة الواقعية:

يرى جلاسبر ان الانسان ايجابي بسلوكه وفي استخدامه لأساليب حل المشكلات في التعليم. وانه واثق بقدرته في عملية التعلم. وان الناس عقلانيون ولديهم القدرة على استكشاف طاقاتهم للتعلم والنمو. والاستفادة منها. وان الدافع الرئيسي لسلوكه هو محاولته اشباع حاجاته. مشيرا الى ان لدى الانسان حاجتان نفسيتان اساسيتان هما: حاجته الى الحب وان يكون محبوبا. والحاجة الى اهمية الذات. وان الذين يعانون من مشكلات نفسية هم الذين لا يستطيعون اشباع حاجاتهم بطريقة واقعية. وانهم يتصرفون بطريقة غير واقعية وغير صحيحة. وغير مسؤولة أثناء محاولتهم اشباع حاجاتهم. وبناء عليه، فان المسترشد (العميل) هو الشخص الذي يعجز عن اشباع حاجاته ويعاني من عدم القدرة على التكيف، ويسلك سلوكا غير سوي وان كان يرى ان هذا السلوك صحيح وينطوي على معنى معين (الخطيب، 2005).

ويرى جلاسبر بأن السلوك يأتي من داخل الفرد من اجل تلبية حاجاته. وان كل واحد يختار سلوكه. وهو قادر على توجيه حياته. وان الناس هم ما يفعلونه. وبالتالي فان تصرفات الشخص تحدد شخصيته. فالسلوك مرتبط بمجموعة الصور في العقل. وان عقل الانسان يحتوي على صور لجميع الحاجات والرغبات المرتبطة بتلك الحاجات. وعندما يشعر الفرد بحاجة معينة.



فانه يقوم باستدعاء الصور الخاصة بها. وفي نفس الوقت فهو يدرك العالم الخارجي المحيط به. والمرتبطة باشباع هذه الحاجة المستثارة. فاذا تطابقت هذه الصورة مع الصورة الموجودة في (ألبوم الصور) التي لديه فانه يشبع حاجته. اما اذا لم يكن هناك تطابق. فان ذلك يعني ان الصورة الموجودة في ذهن الفرد لم

تتحقق في الواقع. وهذا يعني انه لم يستطع اشباع حاجته في البيئة الخارجي. وعندما يشعر بالاحباط. مما يسمح بالجهاز السلوكي باتكار وتوليد سلوكيات تسد الفجوة بين الصورة

الداخلية وبين الواقع. وقد تكون هذه السلوكيات فعالة. وقد تكون مدمرة للذات. مما تسبب معاناة للفرد من مشكلاته النفسية.

يهدف الارشاد من وجهة نظر جلاسر الى تغيير السلوك غير المتوافق الى سلوك متوافق وذلك بتعليم الفرد طريقة افضل للحياة. يكون معها قادرا على اشباع حاجاته. ويسعى المرشد النفسي الى مساعدة الشخص في الاندماج والتصرف بمسؤولية وواقعية حتى يتمكن من اشباع حاجاته. وصاغ ثمانية قواعد اساسية ومتسلسلة للارشاد بالواقع يعمل المرشد النفسي الذي يتبع وجهة النظر الواقعية في الارشاد على الربط بين السلوك والقيم وقياس نجاح المسترشد أو فشله أثناء عملية الارشاد وان مهمة المرشد بالواقع هي في مساعدة هوية المسترشد وتغيير سلوكه. انهمزام الذات، كما يعمل على ايجاد البيئة المساعدة التي يستطيع المسترشد من خلالها البدء في احداث تغييرات في حياته. وايجاد المناخ الارشادي وتكوين اللفة Rapport واستكشاف الصور الموجودة في عقل المسترشد. لثرباته وحاجاته ومدرجاته. وقد اشتملت القواعد الاساسية لعملية الارشاد ما يلي:

- **الاندماج:** من اجل تحقيق حاجات الفرد الاساسية في الحب والاحساس بالاهمية. وحتى يتم اندماج الفرد فان على المرشد ان يتصف بالدفء والتفهم والاهتمام والتقبل في علاقته بالمسترشد.
- **التركيز على السلوك بدلا من المشاعر:** يعتقد جلاسر ان سيطرة الانسان على مشاعره وأفكاره محدودة، بينما تكون سيطرته على سلوكه اكبر. والمرشد الواقعي يركز على السلوك اكثر من تركيزه على المشاعر.
- **التركيز على الحاضر:** فالحاضر يمكن تغييره. اما الماضي فقد انتهى ولا يمكن ارجاعه. لذلك تركز نظرية الارشاد بالواقع على حاضر الفرد وليس ماضيه.
- **الحكم على السلوك:** وعلى المسترشد في اتباعه الارشاد بالواقع ان يصدر حكما على سلوكه. ويجري تقويما له من حيث اتسامه بالمسؤولية ومدى فائدته له مما يساعده في عملية تغيير السلوك.
- **التخطيط:** ومساعدة المسترشد في بناء خطة محددة وواقعية لتغيير السلوك غير المرغوب فيه. تعد من العمليات الاساسية في العمل الارشادي من وجهة النظر الواقعية. ومن الضروري ان تكون الخطط مكتوبة ويتم التعاقد على تنفيذها.
- **الالتزام:** وفيه يلتزم المرشد بمساعدة المسترشد على الالتزام بتنفيذ الخطة وتحقيق الاندماج وتحمل المسؤولية وبالتالي تحقيق النجاح للمسترشد. واحساسه بقيمته واهميته.
- **لا اعدار او تبريرات:** وعلى المرشد ان لا يقبل اعتذارات من المسترشد وان لا يبحث في سبب

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

فشل الخطة. فذلك يسمح بتعزيز الفشل لديه. ولا بد للمرشد ان يساعد المسترشد في اعداد خطة جديدة بدل ان يناقشه في اسباب فشل الخطة القديمة.

■ استبعاد العقوبة: في نظرية الارشاد بالواقع يستبعد استخدام العقوبة والالفاظ السلبية او العبارات الناقدة والسخرية في تغيير السلوك فهذه الاساليب تساعد في ترسيخ هوية الفشل لدى المسترشد.

(3) الارشاد والعلاج النفسي المتمركز حول الشخص:

يعتقد روجرز ان الطبيعة الانسانية ايجابية. وان الفرد اجتماعي ولديه حوافز تدفعه الى الامام. ويكافح من اجل ان يستخدم وظائفه كاملة. ولخص روجرز وجهة نظره في الطبيعة الانسانية بستة نقاط هي أن الانسان: (Thompson, et al. ; 2004):

- يستحق الاحترام والوثوق به.
- لديه القدرة، وله الحق في توجيه ذاته وتحقيق ذاته، ويستطيع عمل قرارات حكيمة اذا اتاحت له الفرصة.
- يستطيع اختيار قيمه الخاصة.
- يستطيع تعلم استخدام المسؤولية بطريقة بناءة.
- لديه القدرة على الاهتمام بمشاعره الخاصة وأفكاره وسلوكه.
- لديه امكانية التغيير البناء والنمو الشخصي نحو حياة كاملة وسعيدة (تحقيق الذات).

قدم روجرز عددا من المبادئ الأساسية في الشخصية اشتملت على الآتي (غنيم، 1993):



- يوجد كل فرد في عالم من الخبرة دائم التغير هو مركزه فكل منا يحيا في عالم من الخبرة خاص به. عالم متغير باستمرار. فأنت لا تنزل النهر الواحد مرتين فان مياهها جديدة تجري دائما من حولك.
- يستجيب الكائن الحي للمجال كما يخبره ويدركه. والمجال الادراكي هو واقع بالنسبة للفرد. والواقع قد يكون تجريدا بالنسبة للفيلسوف أو عالم الميتافيزيقا. ولكنه بالنسبة للفرد. فان الواقع يخبره ويتقبله الفرد بجهازه

الادراكي الخاص. وإذا كان لدى الفرد جهازا ادراكيا متنسقا بالنسبة له. فانه سوف يكون لديه درجة معينة من القدرة على التنبؤ يمكنه الاعتماد عليها.

- يستجيب الكائن الحي الى المجال الظاهري ككل منظم.
- للكائن الحي نزعة واحدة أساسية هي تحقيق وابقاء وتقوية الكائن الحي الذي يحيا الخبرة.
- السلوك في أساسه محاولة موجهة نحو هدف هو إشباع الحاجات التي يخبرها الكائن الحي في مجاله كما يدركه.
- يصاحب الانفعال السلوك الموجه نحو هدف. ويسهل له مهمته بوجه عام. فيرتبط نوع الانفعال بتلك النواحي من السلوك التي تجدد في الطلب وذلك، مقابل النواحي الاستهلاكية للسلوك. كما ترتبط شدته بمدى الأهمية المدركة للسلوك في الحفاظ على الكائن الحي وتدعيمه.
- ان احسن موقع ممكن لفهم السلوك هو من خلال الاطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه. فالسلوك الذي قد يبدو غريبا او لا معنى له في نظر الملاحظ الخارجي. قد يكون سلوكا فرضيا وهادفا الى حد بعيد بالنسبة للفرد نفسه. وقد تكون هناك مأخذ كثيرة ومشكلات عميقة في الوصول الى المشاعر الداخلية الاستبطانية لفرد معين. ولكن في حياة كل واحد منا نظائر في حياة الآخرين.
- يتميز جزء من المجال الادراكي الكلي بالتدرج ليكون الذات. فالذات الظاهرية تتميز من المجال الادراكي الكلي. والذات هي وعي الفرد بوجوده ونشاطه.
- نتيجة للتفاعل مع البيئة ومع الأحكام التقويمية للآخرين بشكل خاص يتكون بناء الذات من نمط تصوري منظم مرن ولكن متنسق من ادراكات خصائص وعلاقات ال "أنا" او "ضمير المتكلم" مع القيم التي ترتبط بهذه المفاهيم.
- القيم المرتبطة بالخبرات والقيم التي تشكل جزءا من بناء الذات هي في بعض الحالات قيم يخبرها الكائن الحي بصورة مباشرة. وفي بعض الحالات قيم يستدمجها أو يأخذها عن الآخرين. ولكن تدرك بطريقة مشوهة كما لو كانت قد خبرت بطريقة مباشرة.
- تتحول خبرات الفرد التي تحدث له في حياته: الى صورة رمزية تدرك وتنظم في علاقة ما مع الذات. يتجاهلها الفرد حيث لا تدرك لها علاقة ببناء الذات. ويحال بينها وبين الوصول الى صورة رمزية أو تعطى لها صورة رمزية مشوهة لأنها تتسق مع بناء الذات.
- معظم طرق السلوك التي يتبناها الكائن الحي هي تلك التي تتسق مع مفهومه عن نفسه. فالذات تأمل في ابقاء السلوك الذي يتسق وصورة الذات. ولذا، فان أحسن طريقة لحدوث تعديل في السلوك يكون باحداث تغيير في مفهوم الذات.
- قد يصدر السلوك في بعض الحالات عن خبرات وحاجات عضوية لم تصل الى مستوى التعبير الرمزي.

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

- ينشأ سوء التوافق النفسي حين يمنع الكائن الحي عددا من خبراته الحسية والحشوية ذات الدلالة من بلوغ مرتبة الوعي. ويؤدي هذا بدوره الى الحيلولة دون تحول هذه الخبرات الى صور رمزية والى عدم انتظامها في جشطالت بناء الذات.
- يتوفر التوافق النفسي عندما يصبح مفهوم الذات في وضع يسمح لكل الخبرات الحسية والحشوية للكائن الحي بأن تصبح متمثلة في مستوى رمزي وعلى علاقة ثابتة ومتسقة مع مفهوم الذات.
- تدرك أي خبرة لا تتسق مع تنظيم أو بناء الذات كتهديد. وكلما زاد هذا النوع من المدركات ازداد الجمود في تنظيم بناء الذات حتى يتسنى له المحافظة على بقاءه.
- في ظل ظروف خاصة تتضمن أساسا انتفاء أي تهديد للذات يصبح ادراك الخبرات التي لا تتسق مع مفهوم الذات أمرا ممكنا. كما يصبح من الممكن مراجعة بناء الذات بشكل يسمح بتمثل هذه الخبرات. وجعلها متضمنة في بناء الذات.
- عندما يدرك الشخص ويتقبل في جهاز متسق ومتكامل كل خبراته الحسية والحشوية. فإنه يصبح بالضرورة أكثر تفهما للآخرين وأكثر تقبلا لهم كأشخاص منفصلين.
- عندما يدرك الشخص ويتقبل في بناء ذاته لمزيد من خبراته العضوية. يكتشف أنه يستبدل جهاز القيم الحالي لديه - وهو قائم في المقام الأول على ما استمدجه عن الآخرين وأعطى له صورة رمزية مشوهة - بعملية تقييم متصلة ومستمرة. وعندما يحرز الفرد تقدما ونجاحا وثقة في عملية التقييم. فإنه يجد ان الأجهزة القديمة لم تعد تثير التهديد ولا لزوم لها.
- هذه القضية تتصل برغبة الفرد وحاجته الى الاعتبار الاجتماعي. وفي بعض الأحيان تصبح هذه الرغبة أكثر إلحاحا من عملية التقييم العضوية بحيث يسعى الفرد الى الحصول على تقدير الآخرين. أكثر مما يسعى الى الخبرات التي يقدرها الكائن الحي العضوي.
- وجد روجرز حاجة ملحة الى اعتبار الذات تسير جنبا الى جنب وبشكل متمايز مع الحاجة الى الاعتبار الاجتماعي.
- ونتيجة لقوى وحاجات ومطالب الاعتبار الاجتماعي واعتبار الذات ينمي الفرد اتجاهها نحو تقدير الذات.

تعتمد وجهة نظر روجرز في العلاج النفسي على المتعالج نفسه. وما عنده من قدرة على النمو الذاتي ورغبة في تحقيق ذاته. وهي طريقة علاجية يكون فيها المتعالج المركز واللبؤرة. ومن هنا جاءت تسميتها بالعلاج المركز حول العميل. بحيث تتم العملية العلاجية من خلال علاقة عميقة تربط بين المتعالج المحتاج الى المساعدة والمعالج القادر على تقديمها. وتتميز بأن عملية العلاج نفسها موجهة بنفسها وما يجري فيها. وانها تأخذ طريقها بين المعالج والمتعالج. وانها تضم

فرضيات حول حالة المتعالج يتم تأليفها باستمرار من خلال سير العملية العلاجية. وهي فرضيات ينتهي إليها المتعالج معتمداً على المواد الخام للخبرة العلاجية ويعمل هو نفسه لاثبات صحتها أو بيان الخطأ فيها. (Patterson, 1986)

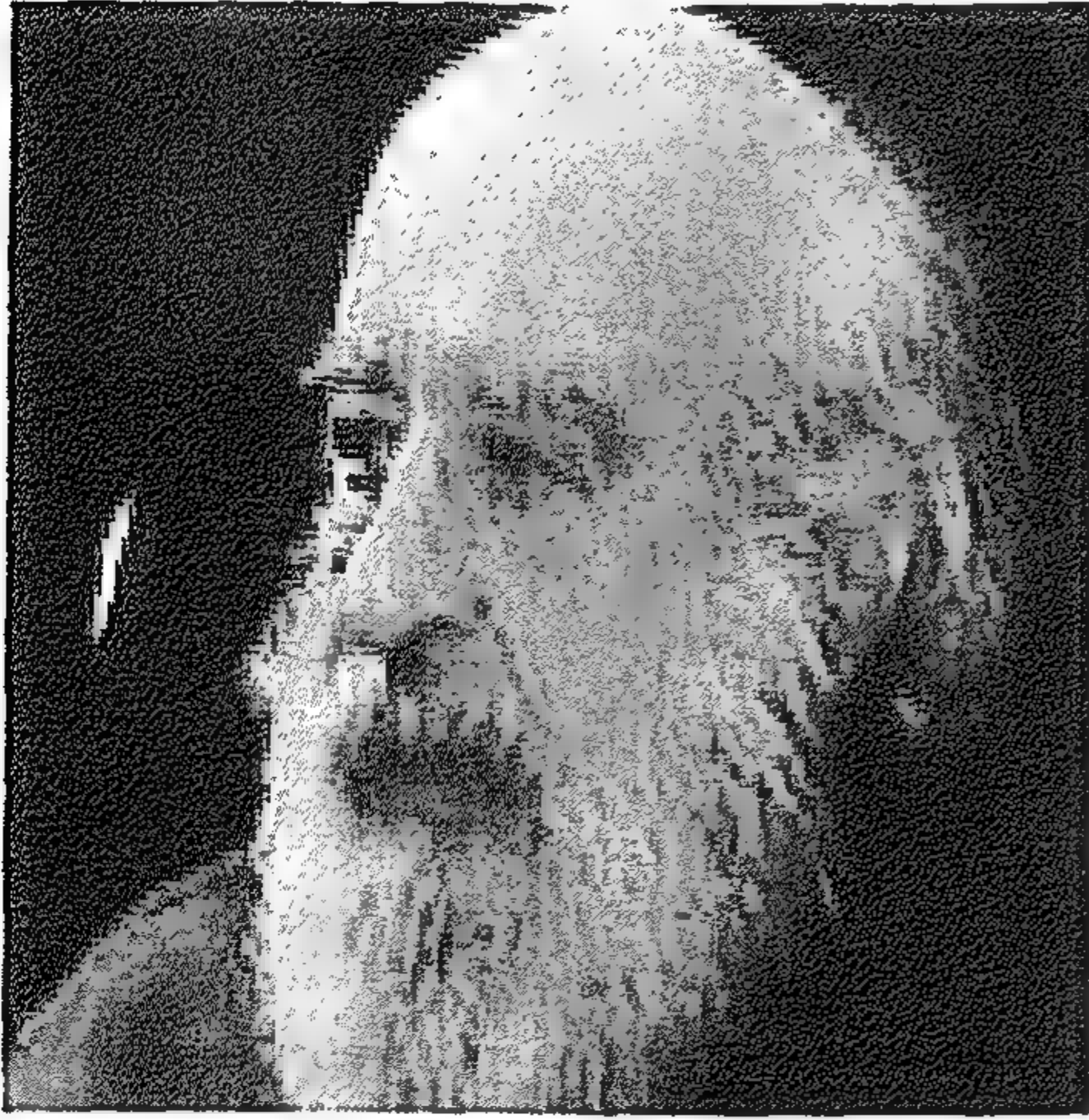
بيّن روجرز أن المعالجة النفسية تنفذ من خلال في التنافر الحاصل لدى المتعالج بين خبرات طارئة ومفهوم الذات وتقديرها وقيمتها. ومن خلال العلاقة بين المعالج والمتعالج يتم التدخل في الموقف العلاجي بهدف التغلب على ذلك التنافر. (Ford & Urban, 2003) ولتحقيق ذلك يجب أن تكون العلاقة العلاجية بعيدة عن الإكراه والقسروان يكون الاعتماد على المتعالج نفسه منطلقاً في أشكال من الشرح والفرضيات في بيان حالة وتعليل ما هو حادث عنده وينتهي تدريجياً إلى دحض عدد من الفرضيات واثبات بعضها مما يسمح أخيراً للخبرة موضوع التنافر بأن تصبح مقبولة في نظام خبرات المتعالج.

رفض روجرز مبدأ التشبيه بين المعالجة الطبية والمعالجة النفسية فيما يتعلق بالتشخيص ووضع لأجل ذلك أسساً لا بد من القيام بها في العملية العلاجية:

- **التشخيص:** فالتشخيص يعني فحص ما يظهر عند المتعالج من علامات الاضطراب لديه يمكن تحديدها بعدد من الاختبارات والمقاييس النفسية. وهذا لا يتناسب مع معالجة تتبنى المشاركة العاطفية. وفعالية المتعالج للعملية العلاجية
- **التفسير:** وهذا يعني ألا يقوم المعالج بتفسير الأحلام أو تفسير دلالات التداعي، ولا يقوم بتفسير تصرفات المتعالج التي أخذ بها التحليليون الفرويديون كمنحى علاجي لهم. ومن الممكن أن يرى المتعالج نفسه علاقات بين مشكلات حاضرة وخبرات ماضية. أو بين حاجاته العاطفية وطريقة معينة في فهم موقف يتصل بالتفاعل بين الناس.
- **تقديم النصيحة:** أو اعتماد مبدأ القدوة: فالمعالج لا يقول للمتعالج ماذا يجب أن يفعل. أو ما الذي كان عليه أن يفعله في الماضي. ولا يسعى للإيحاء له بذلك. فأساس المعالجة الممركزة حول العميل أن لا تقوم على تقليد الآخرين. أو تقمص أفعالهم في مناسبات معينة. بل تقوم على ممارسة المتعالج نفسه. عملية التقمص الداخلي التي تقوده إلى مزيد من التبصر في ذاته وتسمح بأن يتغلب على التنافر.
- **طمأننة المتعالج:** وعلى المعالج أن لا يطمئن المتعالج ولا يعده بنتائج معينة. ولا يسعى لجعله أكثر تفاؤلاً في الوصول إلى الحلول. فالمعالج والمعالج يسعيان معاً لأن يعيشا المشكلة التي يشكو منها المتعالج ويسيران معاً في خطوات فهمها من غير أن يوحي المعالج بشيء ما. فالجهد الذي يبذله المتعالج في الجدل حول ما يمر به هو الأصل في بلوغ المعالجة النفسية لأهدافها.

(4) الارشاد والعلاج النفسي الجشطالتي:

يرى بيرلز ان أي كائن حي له اعضاء وتنظيم معين وانضباط داخلي. والكائن بطبعه ليس مستقلا عن بيئته. فكل كائن يحتاج لبيئة معينة كي يتناول المواد الاساسية. فنحن جميعا نحتاج الى البيئة الفيزيائية من اجل تبادل الهواء والطعام.. الخ. كما نحتاج للبيئة الاجتماعية من اجل تبادل الصداقة والحب والغضب. ونحن (ككائن انساني) نعمل في تناسق متناهي في التعقيد بين كل اجزاء الجسم التي تتفاعل مع بعضها البعض لتكون الكائن. وتقوم نظرية بيرلز للتفاعل الاجتماعي على الظاهراتية (يعني مصطلح الظاهراتية Phenomenology الشيء كما يظهر لنا) لتعني تركيز الاهتمام على الإدراك الحالي. فإذا أردنا تعديل سلوك ما فلا بد وأن نغير الإدراك الذي يحكم هذا السلوك. وتتلخص نظرة بيرلز للانسان بالنقاط الرئيسية التالية (Thompson, et al. ; 2004) (الخطيب، 2005):



- الانسان كل لا يتجزأ، فهو ليس مجموعة أجهزة بل كل متكامل، ولا يمكن فهم الأجزاء خارج اطار الشخص كله.
- الاهتمام بالحاضر والمستقبل بدلا من الاتجاه للماضي وتحليلاته.
- الجانبان العقلي والجسمي ليسا مستقلين. وليسا بعيدين عن الانسان او بعيدا احدهما عن الآخر.
- حرية الانسان. فالإنسان لا يمارس إنسانيته إلا إذا مارس حريته اختيارا في تحمل منه لمسؤولية هذا الاختيار. فإذا لم يفعل ذلك يهبط الى منزلة الأشياء ويكون العصاب.
- السلوك الكلي ليس محكوما بعناصره الفردية. وحيثما تكون العمليات جزئية فهي محكومة بالطبيعة الداخلية لكل.
- العلاقة الوثيقة بين الكائن والبيئة التي يعيش فيها.
- الكائنات الانسانية كائنات موحدة وتعمل ككل. فالكائن السليم هو الذي يشعر ويفكر ويعمل معا.
- الكائنات الانسانية مسؤولة عن انفسها وحياتها وعيشها. وهي حرة وتمتلك امكانيات التغيير.
- كل انسان له هدف فطري واحد هو تحقيق ذاته كما هي.

- النشاط العقلي نشاط كلي يتم انجازه بطاقة اقل من الانشطة البدنية.
- يتصف الانسان بالوعي فهو قادر على وعي احساسه وعواطفه ومدرجاته.

تقوم الطريقة الجشطاطية في العلاج النفسي على مبدئين اساسيين هما:

- المبدأ الكلي: The Holistic Principle الذي يقرر أن كل شخص هو كل منظم
- المبدأ الجدلي للنقائض: The Dialectic Principle of Opposites والذي يتضمن مبدأ التوازن The Homeostasis.

ذلك أن خبرة الشعور أو الإحساس بالحاجة تؤدي إلى عدم التوازن في الكائن الحي. ويستجيب الكائن الحي لذلك ككل في محاولة لاستعادة التوازن بإشباعه للحاجة. وتبعاً للنصوص أو المصطلحات الجشطاطية تظهر الحاجة نتيجة للخبرة وتصبح هي الشكل. وينشغل الكائن في سلوك حسي وحركي في تفاعله مع بيئته من أجل الحصول على إشباع للحاجة. وعند إشباعها واكتمال الجشطاطات يتلاشى أو ينصرف تاركاً الكائن مستعداً لظهور حاجة أخرى سائدة. وعملية الوعي أو المعرفة المستمرة بالحاجات التي تظهر تسبب عدم التوازن. وتستتبع اتصالاً عدوانياً بالبيئة. وإشباعاً للحاجة عن طريق الاستيعاب من البيئة وتحقيق توازن وقتي يؤدي من ثم إلى تطور ونمو.

ويسعى المريض إلى العلاج لأنه في أزمة وجودية Existential Crisis حيث أن الدوافع لا تشبع. فالمريض لديه الدافع. ولكنه يأتي إلى العلاج ولديه توقعات معينة. ويأتي ولديه طرق عصابية غير ناجحة محاولاً الحصول على دعم البيئة التي تعمل أو تحقق له ما ينبغي أن يحققه هو لنفسه. والمريض يتوقع من المعالج أن يقدم له دعماً بيئياً. ويستخدم الأساليب أو التكتيكات في محاولة للتأثير على المعالج لكي يفعل له ما يريد.

يقدم العلاج الجشطاطي للمريض الكثير مما يريده كإهتمام المطلق به. لكنه لا يعطيه كل ما يريده كالإجابات التي يتوقعها من المعالج. ولا يهتم بالطرق التي يسلك بها المريض والمشتقة من تاريخه الماضي ومن اللا شعور أو الأحلام. لكنه يركز على الخصائص الحالية لسلوك المريض والتي لا يعيها. وعدم الوعي هنا أعم من اللا شعور. والأحلام مفيدة بسبب أنها تبرز محاولة لإيجاد حل لتناقض عملي. فهي ليست مفسرة بواسطة المعالج لكنها تستخدم بواسطة لمساعدة المريض على اكتشاف التناقض الذي أوجده دافعان متعارضان. فكل أجزاء الحلم – أشياء وأشخاص تعبر عن أجزاء مسقط أو منفصلة عن الشخصية يجب إعادتها وتحقيق التكامل بينها.

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

والمشكلات العصبية ليست في الماضي فقط بل هي في الحاضر أيضا. والعلاج النفسي نتيجة لذلك يجب ان يتعامل مع السلوك الحالي والاهتمامات الحالية من خلال تنمية الوعي بها والآن. والعلاج الجشطالتي علاج تجريبي حيث يطلب من المريض او يدفعه الى ان يجرب او يخبر نفسه بأقصى ما يستطيع بالإشارات، بالنفس، بالصوت ونحو ذلك. والأعمال الماضية غير المنتهية او المضطربة يجب ان تمارس او تعاش ثانية. ولا يكتفى بمجرد سردها فقط. وبذلك يمكن ان تحل هنا والآن. وحتى عندما يكون المريض مضطربا او مشوشا. فهناك دائما شيء ما في مقدمة او صدر الصورة. بعض الشكل " الجشطالتي " مهما كان غير واضح او مجزأ.

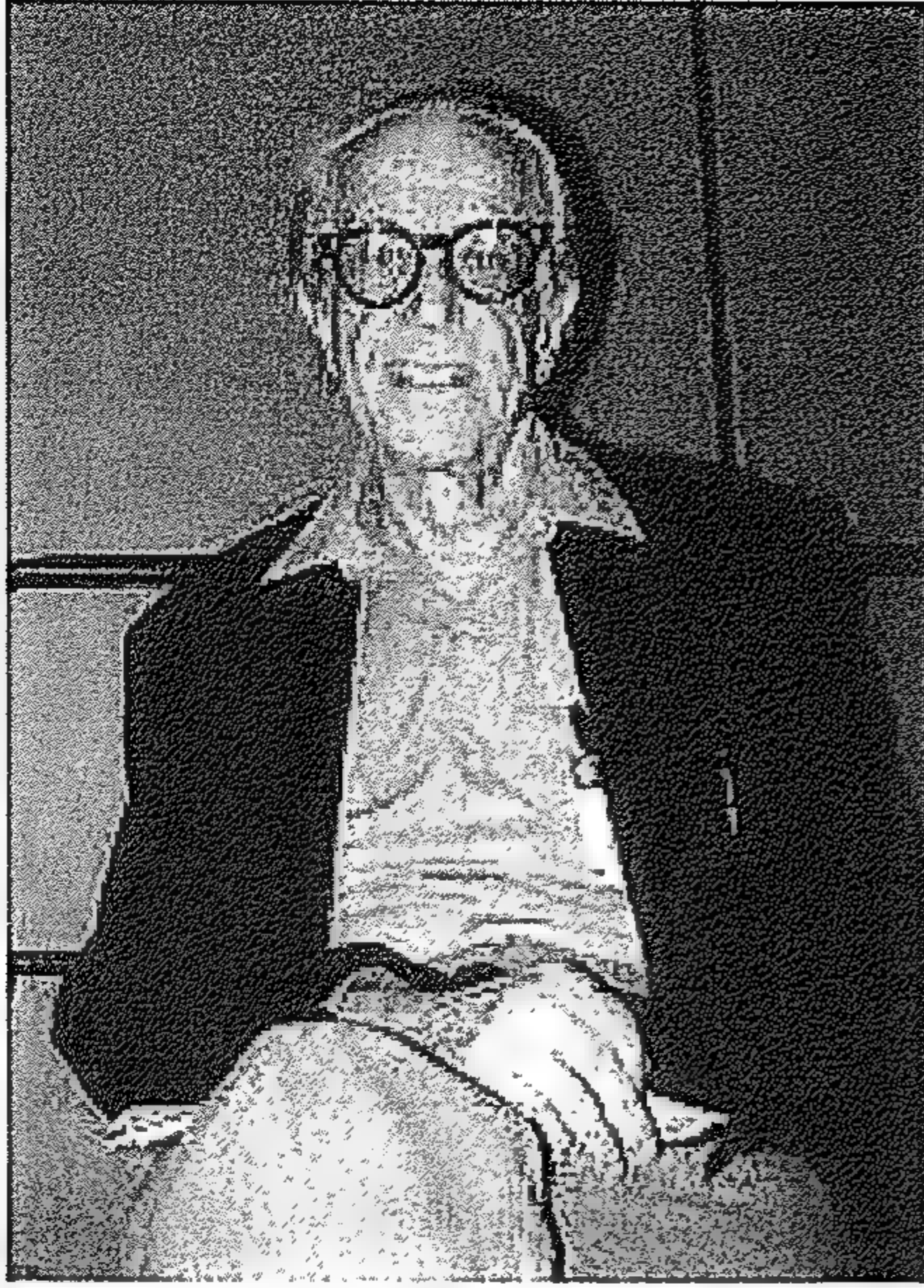
والعلاج الجشطالتي بتركيزه على التمييز او الإدراك وعلى الوعي بالميول او الاهتمامات والحاجات يحاول ان يعيد العادية او السوية التي بها يمكن للميول والحاجات او تأتي داخل شكل. ويمكن التعامل معها اما بالسعي لتحقيق الإشباع لها في البيئة. واما بإحداث انسحاب واضح قصدي يخلق " الجشطالتي "

ان هدف العلاج الجشطالتي ليس حل مشكلات المريض ولكن في مساعدته على ان يتعلم كيف يحلها. فالعلاج هنا ليس عملية حل مشكلات. وبعد العلاج يجب ان يكون المريض في موقف يستطيع فيه ان يحل مشكلاته الحالية. وان يقي او يحصن نفسه او يحل مشكلات المستقبل وحده. وعليه فان هدف بيرلز في العلاج يتمثل في:

- ايجاد الانسان المتكامل الذي يعيش في تواصل مع مجتمه بحيث لا يذوب في المجتمع ولا ينسحب منه بشكل كلي.
- زيادة وعي المسترشد بسلوكه وما يدور حوله. والوعي هو مفتاح الصحة النفسية.
- تسهيل اعادة التوازن للكائن واعادة بناء الوظائف الأفضل.
- استعادة الكلية التامة في شخصية الكائن. وذلك باعادة الوظيفة التكاملية للأنا.
- اعادة بناء التواصل والتفاعل السوي بين الفرد والبيئة.
- تحقيق الفرد لذاته بدلا من ان يحقق صورة الذات وذلك بانتقال الفرد من الاعتماد على دعم البيئة الى الاعتماد على الذات.

(5) الارشاد والعلاج النفسي العقلاني الانفعالي:

طور اليز اسلوبه في العلاج العقلي الانفعالي خلال سلسلة مقالات نشرها عام 1955 وبإصداره كتاب " العقل والانفعال في العلاج النفسي. ويعتبر البورت اليز Alport Ellis اول من حاول إدخال العقل والمنطق في عملية الإرشاد والعلاج النفسي.



أشار إليز في نظريته العقلانية الانفعالية على أن أفكار الإنسان هي التي تؤثر في مشاعره وأحيانا توحيدها. ويرى أن البشر يفكرون ويشعرون ويتصرفون في آن واحد. وأنهم مخلوقات بشرية ولدوا ولديهم نزعات للصراع الداخلي. وأنهم يتأثرون بالعائلة والثقافة. وأن لديهم استعداد فطري وميل مكتسب لأن يكونوا عقلانيين أو أن يكونوا غير عقلانيين. وأن البيئة تساعد الأفراد في مرحلة طفولتهم لتكوين الأفكار غير العقلانية.

ويقوم العلاج العقلي الانفعالي على بعض التصورات والفروض المتعلقة بطبيعة الإنسان وطبيعة التعاسة، والاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها. ومن بين هذه التصورات والفروض:

(باترسون، 2003)

- الإنسان حيوان عاقل متفرد في نوعه. وهو حين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يصبح ذا فاعلية. ويشعر بالسعادة والكفاءة.
- الاضطراب الانفعالي والسلوك العصابي يعتبران نتيجة للتفكير غير المنطقي والتفكير الانفعالي ليسا منفصلين. فالانفعال يصاحب التفكير والانفعال في حقيقته منحاز ذاتي وغير عقلائي.
- يرجع التفكير غير العقلاني في أصله ونشأته إلى التعلم المبكر غير المنطقي. فالفرد لديه استعداد لذلك التعلم بيولوجيا. كما أنه يكتسب ذلك من والديه بصفة خاصة. ومن الثقافة التي يعيش بينها.
- الإنسان حيوان متكلم والتفكير يتم عادة خلال استخدام الرموز الكلامية. ولما كان التفكير يصاحب الانفعال والاضطراب الانفعالي. فإن التفكير غير العقلاني يستمر بالضرورة طالما يستمر الاضطراب الانفعالي.
- إن استمرار حالة الاضطراب الانفعالي نتيجة لحديث الذات يتقرر ليس فقط بالظروف والأحداث الخارجية. ولكن أيضا بادراكات الفرد واتجاهاته نحو هذه الأحداث التي تتجمع على صورة جمل يتم استدخالها أو تمثيلها.
- الأفكار والانفعالات السلبية أو المثبطة للذات. يجب مهاجمتها بإعادة تنظيم الإدراك

والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقيا ومتعقلا.

■ ان هدف العلاج بالطريقة العقلانية الانفعالية هو تعليم المسترشد تحليل وتصحيح الحقائق التي تشوهت او تحرفت. وذلك لتمييز معتقداته غير العقلانية من العقلانية. بحيث يحقق في العلاج هدفين اساسيين هما: خفض القلق والعدوان او الغضب الى اقل مستوى ممكن وتزويد الأفراد بطريقة يستطيعون بها خفض القلق والعدوان الى اقل مستوى ممكن. بالاضافة الى عدد من الاهداف التي يسعى المرشدون الذين يستخدمون الطريقة العقلانية في العلاج تحقيقها. مثل: الاهتمام بحقوق الآخرين والتوجيه الذاتي والاستقلالية الذاتية والمسؤولية وتحمل هفوات الآخرين وتقبل الاشياء غير المؤكدة والمرونة والانفتاح على التغيير والتفكير العلمي وتقبل الذات. وتقبل المخاطر والرغبة في تجريب اشياء جديدة. وزيادة دافعية المسترشد للاستمرار في استخدام عملية النقاش ليصبح عادة لتوجيه الذات. حتى بعد انتهاء عملية العلاج.

وقد أوضح اليز في هذا الصدد إحدى عشرة فكرة أو قيمة غير عقلانية أو خرافية. وغير ذات معنى. ولكنها رغم ذلك شائعة لدى المجتمعات الإنسانية. وهي تؤدي بالضرورة إلى انتشار العصاب. وهذه الأفكار هي: (باترسون، 2003)

- من الضروري أن يكون الشخص محبوبا أو مرضيا عنه من كل المحيطين به. هذه فكرة غير منطقية، لأنها هدف لا يمكن تحقيقه.
- يجب على الفرد أن يكون على درجة عالية من الكفاءة والمنافسة وأن ينجز ما يمكن أن يعتبر نفسه بسببه ذا قيمة وأهمية. هذه أيضا تدخل في عداد الأمور الصعبة التحقيق.
- بعض الناس شر وأذى، وعلى درجة عالية من الخسة والجبن والندالة، وهم لذلك يستحقون العقاب والتوبيخ. وهذه فكر غير عقلانية لأنه ليس هناك معيار مطلق للخطأ والصواب.
- انه لمن المصائب الفادحة أن تسير الأمور بعكس ما يتمنى الفرد. وهذا نوع من التفكير الضار إذ أن التعرض للإحباط يعتبر أمرا عاديا. ولكن من غير المنطق وغير العادي ان يقابل الإحباط بالحزن الشديد والدائم لأسباب عديدة منها:
- لا يوجد سبب لاختلاف الأشياء عما هي عليه في الواقع.
- الشعور بالهم والحزن لن يغير كثيرا من الموقف الحالي بل قد يزيده سوءا.
- إذا كان من المستحيل فعل شيء إزاء الموقف فالشيء الوحيد المعقول هو أن نتقبله.
- الإحباط لا يؤدي إلى الاضطراب الانفعالي إلا إذا صور الإنسان الموقف بصورة تجعل الحصول على الرغبات ضروريا لتحقيق السعادة والرضا.
- " المصائب والتعاسة تعود أسبابها إلى الظروف الخارجية والتي ليس للفرد عليها ضابط.

وصحيح ان القوى والأحداث الخارجية قد تشكل في مظهرها عدوانا على الإنسان وتهديدا لآمنه. والأحداث الخارجية قد تشكل في مظهرها عدوانا على الإنسان وتهديدا لآمنه. إلا أن هذا التصور نفسي في طبيعته. فالأشياء الخارجية قد لا تكون مدمرة بذاتها. ولكن تأثر الفرد بها واتجاهاته نحوها وردود أفعاله تجاهها هو الذي يجعلها تبدو كذلك.

■ "الأشياء الخطرة أو المخيفة هي أسباب الهم الكبير. والانشغال الدائم للفكر ينبغي ان يتوقعها الفرد دائما وان يكون على أهبة الاستعداد لمواجهةها والتعامل معها". هذا الفرض غير صحيح لان الهم وانشغال البال والقلق يؤدي إلى أضرار كثيرة منها:

- انه يحول دون التقويم الموضوعي لآمكانية وقوع الأحداث الخطيرة.
- يحول دون التعامل معها ومواجهتها بفاعلية إذا وقعت.
- قد يؤدي إلى وقوعها بالفعل.
- لا يستطيع منع وقوعها إذا كانت لا بد منها.

■ يجعل الأحداث تبدو اكبر من حجمها الحقيقي او اكثر خطورة مما هي عليه في الواقع. والشخص العاقل يدرك ان الأخطاء الممكنة لا ينبغي توقعها بصورة تورث الهم والقلق. إذ أن ذلك لا يمنع وقوعها بل قد يزيد من شدة وقعها.

■ "الأسهل للفرد أن يتجنب بعض المسؤوليات وان يتحاشى مواجهة الصعوبات بدلا من مواجهتها". وهذا فرض خاطئ لان تجنب إنجاز الواجبات وتحمل المسؤوليات أكثر صعوبة وأكثر إيلا للنفوس وإثارة للمتاعب من إنجازها.

■ "يجب أن يعتمد الشخص على آخرين ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منه لكي يعتمد عليه". هذا فرض غير معقول لانه بينما نعتد جميعا على بعضنا البعض إلى حد ما. إلا انه ليس هناك سبب للبالغة في الاعتمادية لأنها تضر وتؤدي إلى فقد الحرية وتحقيق الذات. كما تقود إلى مزيد من الاعتمادية وإلى الفشل في التعلم. وفقد الأمان بسبب وقوعه تحت رحمة من يعتمد عليهم.

■ "الخبرات والأحداث الماضية هي المحددات الأساسية لسلوك الحاضر والمؤثرات الماضية لا يمكن استئصالها". وعلى النقيض من هذا الفرض، فان ما كان يعتبر سلوكا ضروريا في الماضي في ظروف معينة ليس من المحتم أن يكون ضروريا في الحاضر.

■ "ينبغي أن يحزن الفرد لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات" وهذا اعتقاد خاطئ لان مشكلات الآخرين لا ينبغي ان تكون مصدر هم كبير لنا حتى ولو كان سلوك الآخرين يؤثر فينا. فان تفسيرنا لهذا التأثير هو الذي يقلقنا أو يعزينا.

■ "هناك دائما حل لكل مشكلة، وهذا الحل يجب التوصل إليه. وإلا فان النتائج سوف تكون خطيرة" هذا فرض غير معقول للأسباب التالية:

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

- لا وجود لحل كامل صحيح ووحيد لأي مشكلة.
 - المخاطر المتخيلة بسبب الفشل في التوصل إلى الحل الصحيح تعتبر غير واقعية. ولكن الإصرار على وجود مثل هذا الحل قد يؤدي إلى القلق أو الخوف.
 - الإصرار على الكمال قد يؤدي إلى حلول أضعف مما يمكن أن تكون. والعاقلة هو من يحاول أن يجد حلولاً كثيرة ومتنوعة للمشكلة الواحدة ثم يختار أحسنها وأكثرها قابلية للتنفيذ مدركاً أنه لا يوجد حل كامل بصورة مطلقة.
- وتبعاً لآراء الليز فان عملية العلاج النفسي تتمثل في علاج غير المعقول بالمعقول. وهذا قائم على استخدام العمليات العقلية للفرد. فالإنسان باعتباره كائناً عاقلاً، قادر على تجنب الاضطراب الانفعالي والتخلص منه. ومن الشعور بالتعاسة بتعلم التفكير العقلي المنطقي.
- وعليه، فان عمل المعالج النفسي يكاد ينحصر في مساعدة المريض على التخلص من الأفكار والاتجاهات غير المعقولة واستبدالها بأفكار واتجاهات معقولة ضمن الخطوات الرئيسية التالية:
- **الخطوة الأولى:** هي أن تثبت للمريض أنه غير منطقي ثم نساعد على أن يفهم لماذا هو غير منطقي.
 - **الخطوة الثانية:** هي أن توضح للمريض العلاقة بين أفكاره المنطقية وبين ما يشعر به من تعاسة واضطراب. ويشير الليز في هذا الصدد إلى أن معظم طرق العلاج النفسي تفعل نفس الشيء لمرضاه ولكن بطريقة غير مباشرة. ثم تتوقف عند هذه الخطوة. أما وجهة النظر العقلانية الانفعالية فهي تزيد خطوة أخرى على ما تفعله الطرق الأخرى في العلاج. بأن تطلع العميل على كيفية احتفاظه بالاضطراب طالما أنه مستمر في التفكير بصورة منطقية.
 - **الخطوة الثالثة:** هي أن تجعل المريض يغير تفكيره ويترك الأفكار غير المنطقية. فالعلاج العقلي الانفعالي يدرك أن التفكير غير المنطقي يعتبر طبعاً من طباع العميل الثابتة التي لا يمكنه التخلص منها أو تغييرها معتمداً على نفسه خلافاً لما تقوم به أساليب العلاج النفسي الأخرى التي تترك المريض دون تدخل منها.
 - **الخطوة الرابعة:** وهي التعامل مع المريض مع مجموعة معينة من الأفكار غير المنطقية إلى التعامل مع الأفكار الأكثر عمومية. ومع فلسفة العميل ونظراته إلى الحياة. وفي هذه الخطوة تعد المريض لتجنب الوقوع ضحية للأفكار الخاطئة مرة ثانية.

كما يقوم المعالج على الكشف للمريض بصفة مستمرة عن أفكاره غير العقلانية وأحاديثه النفسية الداخلية غير المنطقية. وذلك من خلال:

- إبراز الأفكار والأحاديث النفسية غير المنطقية لتصبح في مستوى الانتباه والوعي لدى المريض.
- بيان كيفية تسبب الاضطراب عند المريض وثبته.
- توضيح العلاقة غير المنطقية وغير الدقيقة بين هذه الأحاديث الذاتية الداخلية لدى المريض.
- تعليم المريض كيف يعيد النظر في تفكيره وكيف يتحدى ويناقض هذه الأحاديث ويعيدها ويكررها في صورة أكثر منطقية حتى يتم استدخال واستبطان الأفكار المنطقية الجديدة لتحل محل القديمة.

ويقوم المعالج الذي يطبق وجهة النظر العقلانية الانفعالية في العلاج النفسي باستخدام العقل والمنطق والتعليم والإيحاء والجدل والإقناع وتلقين المبادئ وإبطال بعض الأفكار متبعاً استراتيجية محددة تتمثل في:

- أن يتقلد المعالج دور الداعية الصريح الذي يناقض وينكر الاعتقادات الخاطئة والخرافات المتأصلة في نفس المريض
- أن يتفقد دور المشجع المقنع الذي يصر أحياناً على أن يقوم العميل ببعض الأنشطة ويمارس بعض الأعمال التي يخاف من ممارستها بسبب الخوف المبني على الاعتقادات والأفكار الخرافية.

(6) الارشاد والعلاج النفسي السلوكي:

شارك أصحاب النظريات السلوكية أصحاب نظريات الاستعداد في التأكيد الشديد على استخدام المناهج العلمية الصارمة. وهم يميلون بصفة خاصة إلى تأكيد التجريب وبسبب إصرار علماء النفس السلوكيين على القياس المضبوط يركزون عادة على الحقائق الملحوظة. والاستجابات الفيزيولوجية والظواهر الأخرى التي يمكن تقديرها موضوعياً. فأحياناً يدرسون الحيوانات في العمل بهدف الاستبصار بالعمليات الجوهرية في الشخصية. وفي سبيل تفسير السلوك يؤكد السلوكيون على مبادئ التعلم والظروف البيئية. ومن وجهات النظر السلوكية في هذا الشأن ما يلي:



يرى سكينر (Hall & Lindzey, 2007)

أن الشخصية الانسانية عبارة عن خيال أو وهم في جوهرها. فالناس يرون ما يفعلونه الآخرون ويستنتجون الخصائص المعمرة (الدوافع، السمات، القدرات) الموجودة أصلا في ذهن صاحبها ويعتقد أن السلوكيين يجب أن يركزوا على فهم ما يفعله الكائن. ويعتقد سكينر أن السلوك يمكن تفسيره بالعوامل الوراثية والعوامل البيئية. مؤكدا على دور الخبرة. خاصة ما يتعلق منها بمبادئ الاشتراط البسيط مثل التعزيز والانطفاء والاشتراط الضدي والتمييز. فسلوك الفرد كما يراه محكوم في أي وقت بالكثير من الظروف المستقلة في جوهرها.

يعتقد سكينر بأن الانسان يمتلك الطاقة الايجابية والطاقة السلبية ولم يهتم ببنية الشخصية بل كان مهتما بالتأكيد على تغيير السلوك وتعديله وكيفية حدوث ذلك. ولهذا فقد ركز العلاج السلوكي على تحليل سلوك الفرد الظاهري لتحديد عوامله ومكوناته الأساسية الإيجابية والسلبية على السواء. ثم حصر مسببات او مثيرات السلوك السلبي "والتي يطلق عليها عادة بالمنبهات Stimuli ومعالجتها تدريجيا حتى يصل المعالج النفسي إلى مرحلة يضبط فيها لدرجة ملحوظة السلوك السلبي. ومكونا في الوقت نفسه لدى الفرد بديلا إيجابيا له. وقد اشتهر نوعان من المبادئ النفسية السلوكية المستخدمة في العلاج السلوكي. هما:

- **الاشتراط التقليدي البافلوف: Classical Conditioning** والذي أحدثه العالم الروسي بافلوف. ويتمثل في استبدال المنبه غير المشروط بمنبه مشروط لأغراض علاجية سلوكية. وذلك بإقرانهما معا عدة مرات أو فترات.
- **الاشتراط الفعال: Operant Conditioning** الذي طوره سكينر. ويتلخص ميل الفرد إلى إحداث السلوك وتكراره عند خبرته لنتائج إيجابية وإلى تقليله أو تجنبه عند خبرته لنتائج سلبية أو غير مستحبة. بمعنى أن نوع النتائج التي يحدثها السلوك قد تعزز وتزيد من حدوثه أو تؤدي إلى تقليله وحذفه.

يرى أقطاب العلاج السلوكي ان المرض النفسي يمثل تجمعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة. وان هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا أخضعت لمبادئ العلاج السلوكي وإجراءاته وقوانينه. مركزين بذلك على المشكلة الحالية للسلوك المرضي للمريض وأعراض مرضه النفسي.

وقد حدد أصحاب وجهة النظر السلوكية في العلاج النفسي عددا من الخصائص التي ميزوا بها طريقتهم في العلاج التي اشتملت على الأمور التالية: (Rimm & Masters, 2011) (الشناوي، 1998):

- التركيز على السلوك (الأعراض) أكثر من التركيز على اسباب مفترضة.
- ان السلوكيات غير المتوافقة انما هي استجابات متعلمة.
- ان الاسس النفسية وبصفة خاصة قواعد التعلم. يمكن ان تفيد كثيرا في تعديل السلوك غير المتوافق.
- يتضمن العلاج السلوكي اعداد اهداف علاجية محددة وواضحة.
- يرفض العلاج السلوكي النظرية الكلاسيكية للسمات.
- يعد المعالج السلوكي طريقة العلاج بما يناسب مشكلة العميل.
- هنا – والآن: لايهتم العلاج السلوكي بالبحث في الماضي البعيد للمستترشد.. وانما يهتم بصفة اكثر بماذا يحدث الان.
- العلاج السلوكي يقوم على اساس تجريبي.
- معظم السلوك الإنساني متعلم ومكتسب.
- السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف عن السلوك العادي المتعلم. والفرق بينهما أن السلوك المرضي سلوك غير ملائم أو غير متوافق بينما السلوك العادي سلوك متوافق للفرد.
- يكتسب الفرد سلوكياته نتيجة التعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه. ومن ثم يحدث ارتباط شرطي بين هذه الخبرات وبين هذا السلوك.
- تمثل العناصر السلوكية المضطربة نسبة معينة من السلوك الكلي للفرد تزداد أو تنقص بين الأفراد.
- زملة الأعراض النفسية ينظر إليها كتجميع لعادات خاطئة متعلمة.
- السلوك المضطرب يمكن تعديله.
- الأصل في السلوك الإنساني يكمن في وجود دوافع فيزيولوجية أولية لدى الفرد. وعن طريق التعلم يكتسب الفرد دوافع جديدة قد ترتبط بأساليب تعلم غير توافقية. وحينئذ لا بد من تعديل هذه الأساليب. لإحداث التوافق في سلوك الفرد.

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

تسير العملية العلاجية من وجهة النظر السلوكية في العلاج النفسي على النحو التالي:

- تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره: وهذا يتم عن طريق استخدام عدد من الأساليب الخاصة بجمع البيانات والمعلومات المتعلقة بالسلوك المضطرب مثل: الملاحظة، والمقابلة، واستخدام الاختبارات النفسية، والتقارير الذاتية.
- تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب: يمكن تنفيذ هذا الإجراء عن طريق الفحص الدقيق والبحث الدقيق في كل الظروف والخبرات التي يحدث فيها السلوك المضطرب وكل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث وما يتلوها من عواقب.
- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب: هل كان السلوك يظهر نتيجة خوف شرطي بسيط؟ أو يعكس خوفا أساسيا معمما يحدث في مواقف مشابهة ولكنها مختلفة؟ وهل يستمر بسبب النتائج التي تؤدي إليها.
- اختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها:
- إعداد جدول لإعادة التدريب.
- تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب.
- تعديل الظروف البيئية.

(7) الارشاد والعلاج النفسي المبني على نظرية التحليل التبادلي



تحدث بيرن Eric Leonard Berne عن وجهة نظره في العلاج النفسي بطريقة التحليل التبادلي وأشار إلى أن الشخصية تنقسم إلى ثلاث حالات للأنما: الأب، والراشد، والطفل. والطفل مشتق من الخبرات الحقيقية في الطفولة بينما يمثل الأب، الآباء الحقيقيين في سلوكهم وتأثيرهم في أشكال من الكف والتشجيع. ويمثل الراشد الواقع والحقيقة، وينظم ويتوسط بين الأب والطفل. وكل سلوك يمكن أن يكون مرتبطا بواحد من هذه الحالات. وفي الحياة المبكرة، يحل الطفل مواقف مشكلة معينة بطريقة تؤدي إلى قرار متعلق بالذات وإلى موقف

تجاه الحياة. وحياة الطفل تصبح عملية تبرير أو دفاع عن هذا الموقف وابعاد لكل التأثيرات التي تهدده. وهناك أربعة مواقف رئيسية تتصل بالشخص وعلاقته بالآخرين:

- أنا بخير: أنت بخير
- أنا بخير: أنت لست بخير
- أنا لست: بخير لك أنت بخير
- أنا لست بخير: أنت لست بخير

بهذه الطريقة تحدث أريك لينارد بيرن Eric Lenard Berne الذي وصف الكائن الإنساني بالحاجة إلى التواصل والاستجابة من وإلى الآخرين في عملية تفاعلية. وهذه الحاجة خصص لها اسم " الجوع أو الاشتهاء المثير Stimulus hunger.

ويمر الجوع أو الاشتهاء بثلاثة أشكال (باترسون، 2005):

- الشكل الأول الذي تأخذه هذه الحاجة في الطفولة المبكرة هي اشتهاء الملامسة Tactile hunger أو الحاجة إلى الملامسة البدنية اللصيقة والعطف. والقصور أو الحرمان من الملامسة البدنية للصغير قد تؤدي إلى سرعة الإصابة بالمرض ثم إلى الموت. وتسمى هذه الحالة بالهوسبيتاليزم Hospitalize عند رينيه سبيتز Rene Spitz الذي كان أول من تعرف على هذه الحالة لدى الأطفال الموضوعيين في المعاهد الداخلية. وهذه الحاجة إلى الملامسة والملاطفة البدنية والتواصل البدني تستمر مدى الحياة ويجاهد الفرد بصفة دائمة في سبيل الاقتراب البدني من الآخرين. لكنه يتعلم منذ الطفولة المبكرة أنه لا يستطيع أن ينال كل ما يريد. ومن ثم يبدأ البحث عن حلول وسط فيقبل أشكالاً أخرى من التواصل غير البدني.
- ويتحول الاشتهاء أو الجوع إلى الملامسة إلى اشتهاء أو جوع الانتباه والاعتبار. والذي يتضمن مجرد الاعتراف بوجوده من جانب الآخرين. ويتضمن الملامسة اللفظية أو التواصل اللفظي Verbal Touching. وهذا هو الشكل الثاني من أشكال الجوع أو الاشتهاء. وهذه الشواهد الدالة على الحاجة إلى الانتباه والاعتبار من الآخرين تسمى ملاطفات Strokes لشبهها بالملاطفات البدنية التي يعامل بها الأطفال الصغار. وتعتبر الملاطفة في أساسها وحدة أساسية في التفاعل الاجتماعي وتبادل الملاطفات يشكل عملية التبادل Transaction.
- أما الشكل الثالث من أشكال الاشتهاء أو الجوع إلى المثير هو الاشتهاء أو الجوع الإنشائي أو التنظيمي Structure hunger أو الحاجة إلى تنظيم وشغل الوقت من أجل تجنب السأم أو الملل.

ويشتمل تركيب الشخصية على نظام ثلاثي للأنا. والحالات الثلاث للأنا هي: ابن راشد، طفل. ومصطلح حالة الأنا Ego state يقصد بها مجرد تمييز حالات الطفل وما يتصل بها من

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

نماذج السلوك كما تحدث على الطبيعة. وكل فرد يدمج حالات الأنا الثلاث والتي تعبر عن نفسها في مجموعات مختلفة. وربما غير متناسقة من النماذج السلوكية. وهذه المجموعات من النماذج السلوكية يشار إليها كأب وراشد وطفل. ولهذا فهي تمثل حلقات غير متداخلة. ولكنها متلامسة ومنظمة رأسياً لتوضيح تمايز وتغاير كل واحدة عن الأخرى. فالحلقة التي تمثل الأب في القمة وتمثل حلقة التوجيه الأخلاقي. وحلقة الراشد تهتم بالواقع. أما حلقة الطفل فتهتم بالطهر والنقاء. وأحياناً الشر والرغبات الأولية القديمة. وهذه الحلقات الثلاث مرشحة لدرجات متساوية من الاحترام. ولكل منها مكان في الحياة العادية. وعندما يختل التوازن الصحي فإن التحليل وإعادة التنظيم تصبح ضرورية.

وتشتق حالة الأنا الأب من النفس الخارجية Extra Psyche والتي تنطوي على الأنشطة القائمة على التوحد أو التقمص. فكل الراشدين لديهم آباء حقيقيون أو بديلون يؤثرون من خلال الوظيفة النفسية الخارجية في سلوكهم. ويطلق على هذا السلوك المتأثر بالآباء سلوك الأب. وهو يوضح أن الأفراد في حالة عقلية تم عرضها بواسطة أحد آبائهم الحقيقيين أو البديلين في الماضي. وأنهم يستجيبون بالطريقة نفسها وبالوقفة نفسها أو الوضع أو المزاج على سبيل المثال. وينفس الحركات التعبيرية والتعبيرات اللفظية والمشاعر ونحو ذلك. وفي عبارات التحليل التبادلي العامة عبارة تفيد " أن كل فرد يحمل أبويه في داخل نفسه "

مراجع الوحدة الثانية

المراجع العربية:

- أبو اسعد، احمد عبد اللطيف (2009). المهارات الارشادية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- أبو حطب، فؤاد وآخرون (2003): التقويم النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- باترسون، س. هـ: (2003) نظريات الارشاد والعلاج النفسي (القسم الأول). ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، الكويت: دار القلم.
- باترسون، س. هـ: (2003) نظريات الارشاد والعلاج النفسي (القسم الثاني). ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، الكويت: دار القلم.
- بطرس، بطرس حافظ (2007). ارشاد الأطفال العاديين. عمان: دار المسيرة للنشر والطباعة والتوزيع.
- الخطيب، صالح احمد (2005): الارشاد النفسي في المدرسة. أسسه - نظرياته - تطبيقاته. العين: دار الكتاب الجامعي.
- الشناوي، محمد محروس الشناوي (1998): العملية الارشادية. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- عباس، فيصل (1982): الشخصية في ضوء التحليل النفسي. بيروت: دار المسيرة.
- علام، صلاح الدين محمود (2000). تحليل بيانات البحوث النفسية والتربوية. القاهرة: دار الفكر العربي.
- علام، صلاح الدين محمود (2006). الاختبارات والمقاييس التربوية والنفسية. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- غنيم، سيد محمد (1993): الشخصية: محدداتها وقياسها ونظرياتها، دار النهضة العربية، القاهرة.
- ملحم، سامي محمد (2005): سيكولوجية التعلم والتعلم: الأسس النظرية والتطبيقية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- ملحم، سامي محمد (2009). مبادئ التوجيه والارشاد النفسي. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- ملحم، سامي محمد (2011). التقويم في الارشاد النفسي والتربوي. عمان: دار الرضوان.
- مليكة، لويس كامل وآخرون (2010): الشخصية وقياسها. مكتبة النهضة المصرية، القاهرة
- وكسلر (1983): مقياس وكسلر لذكاء الأطفال. اقتباس واعداد: محمد عماد الدين اسماعيل ولويس كامل مليكة.

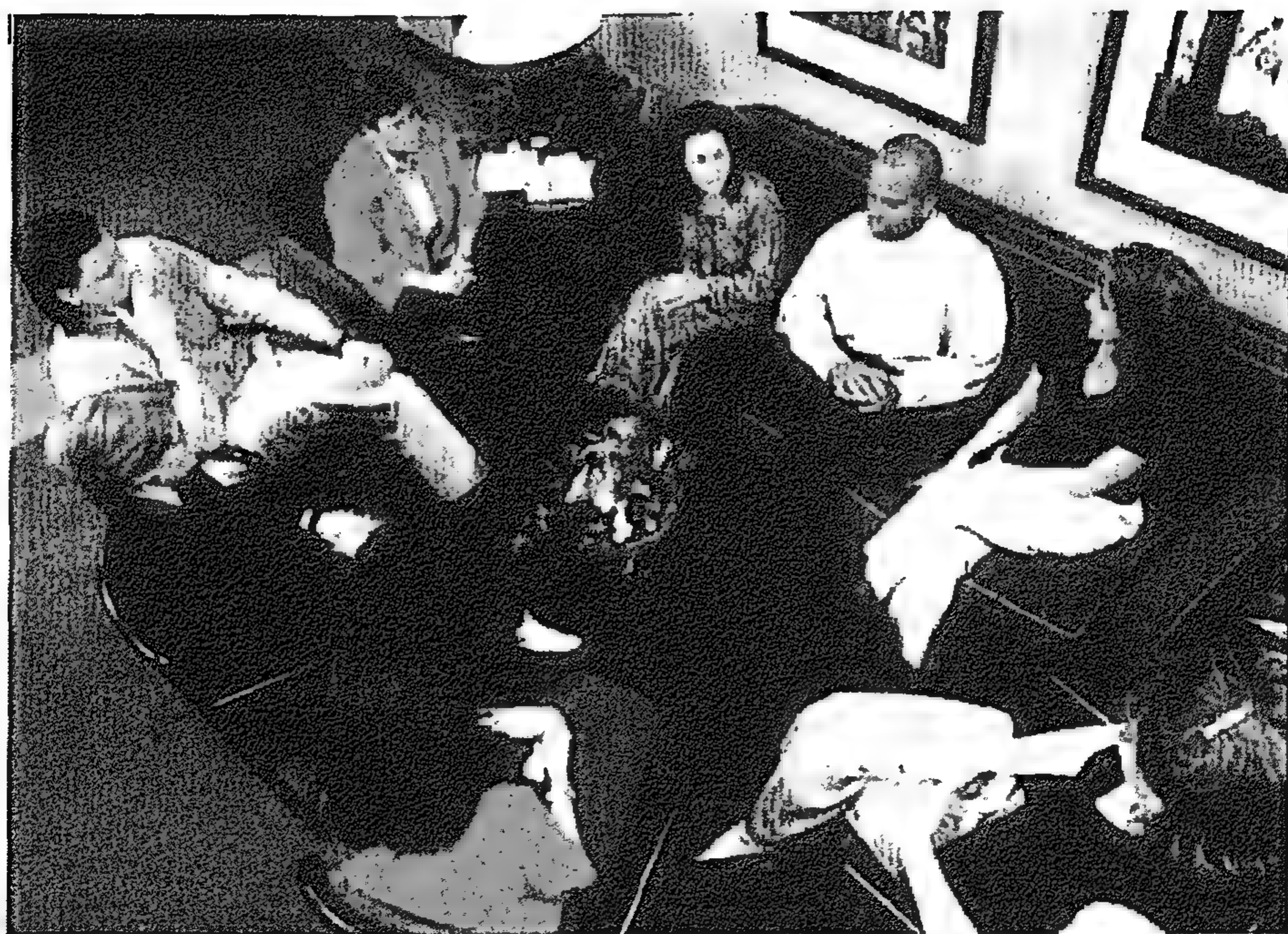
- Brown, D. ; (2007). **Career information, career counseling, and career development**. Boston: Pearson education Inc.
- Carey, L. M. ; (2001) Measuring and evaluating school learning. Boston: Allyn and Bacon.
- Corey, G. ; (2011) Case Approach to Counseling and Psychotherapy. Monterey: California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Ford, D. H. & Urban, H. B. ; (2003). Systems of Psychotherapy: A Comparative Study. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Gay, L. R. ; (2007) Educational research competencies for analysis and application. Columbus, Ohio, Merrill publishing Co.
- Hall, C. & Lindzey, G. ; (2007). Theories of Personality New York: John Wiley & Sons.
- Hanson, R. W. , Gerber, K. E. (1990) , Coping With Chronic Pain: A Guide To Patient Self – Management pp. 15 – 45. New York: Guilford Press.
- Hilgard, E. , R. , Atkinson, R. C. ,& Atkinson. R. , L. ; (2003) Introduction to Psychology. Harcourt Brace Jovanovich, INC.
- Ivey, A. E. , et al. ; (2007) Counseling and Psychotherapy: Integrating Skills, Theory, and Practice. (2nde ed) New York: Prentice – Hall International Editions.
- Lahey B. B. ; (2009) Psychology: An Introduction. New York: WCB: Brown & Benchmark. The McGraw – Hill companies.
- Liebert, R. M. , & Spiegler, M. D. ; (2002) Personality: Strategies and Issues. Homewood: Illinois: The Dorsey Press.
- Merton, R. et al. ; (2006) The focused interview. Glencoe, Illinois: The free press co.
- Moorhead, G. , & Griffin, W. ; (2007). Organizational behavior. New York: Houghton Mifflin company.
- Nitko, A. J. ; (2007). Educational assessment of students. New Jersey: Pearson, Merrill. Prentice Hall.
- Patterson, C. H. ; (1986). Theories of Counseling and Psychotherapy New York: Harper & Row, Publishers,
- Rimm, D. C. & Masters, J. C. ; (2011). Behavior Therapy. New York: Academic Press.
- Rummel, J. T. & Ballaine, W. C. ; (2011) Research Methodology in Business. New York: Harper & Row.
- Scully. J. H. , et al. ; (2010) Psychiatry. Malvern: Pennsylvania: Harwal Publishing Company.

عملية الإرشاد والعلاج النفسي

- Shertzer, B. , & Stone, S. C. ; (2011) Fundamentals of counseling. New York: Houghton Mifflin company.
- Thompson, C. , L. , et al. ; (2004). Counseling children. Australia, Thomson. Brooks/cole. 2004.
- Thompson, R. A. ; (2003). Counseling techniques: Improving relationships with others, ourselves, our families, and our environment. New York: Bruner – Routledge.
- Trull, T. J. , & Phares, J. ; (2001) Clinical psychology. Australia: Wadsworth: Thomson learning.
- Warters, J. ; (2004). Techniques of Counseling. New York: McGraw – Hill Book Company.

الوحدة الثالثة

إرشاد الجماعات



الوحدة الثالثة

إرشاد الجماعات

أولاً: المقدمة:

(1 - 1) تمهيد

عزيزي الدارس: أهلاً بك في الوحدة الثالثة من هذا الكتاب والذي يبحث في إرشاد الجماعات. فطرق الإرشاد وأساليبه تختلف باختلاف شخصية الفرد وطبيعة مشكلته. وارتباط تلك المشكلة بنظريات الإرشاد والعلاج النفسي.

تتألف هذه الوحدة من سبعة أجزاء يتكون الجزء الأول منها من تعريف للجماعات الصغيرة، والاتجاهات النظرية في دراسة الجماعات. ويتكون الجزء الثاني من تعريف للإرشاد الجماعي وخصائصه وأهدافه وأهميته ومجالات استخدامه. أما الجزء الثالث فيتكون من المجموعة الإرشادية وشروطها وأنواعها وتشكيلها. ويتكون الجزء الرابع من قيادة المجموعة الإرشادية وصفات القائد وشخصيته، ومهامه، وخصائصه، ودور أعضاء المجموعة الإرشادية ومسؤولياتهم وقواعدها وأخلاقيات العمل فيها. ويتكون الجزء الخامس من بعض أساليب الإرشاد الجماعي وفنياته، ومعايير استخدامها. ويتكون الجزء السادس من مميزات الإرشاد الجماعي وعيوبه. ويتكون الجزء السابع والأخير من نموذج لبرنامج إرشادي جماعي مقترح.

(1 - 2) أهداف الوحدة:

عزيزي الدارس: يتوقع منك بعد الانتهاء من دراسة مادة هذه الوحدة أن تصبح قادراً على أن:

1. تعرف الجماعات الصغيرة ونماذجها النظرية المفسرة لها.
2. تبعرف الإرشاد الجماعي وخصائصه.
3. تحدد شروط المجموعات الإرشادية وأنواعها.
4. توضح صفات قائد المجموعة الإرشادية وخصائصه.
5. توضح أساليب الإرشاد الجماعي وفنياته.
6. تذكر مميزات الإرشاد الجماعي وعيوبه.
7. تبين أهداف البرنامج الإرشادي وأهميته.

ثانياً: طبيعة الجماعات الصغيرة:

انتشر استخدام اصطلاح الجماعة أو ديناميات الجماعة Group Dynamics منذ الحرب العالمية الثانية وتعددت معانيه وأوجه استخدامه بازدياد انتشاره:

فينظر البعض إلى هذا المصطلح على أنه نوع من الأيديولوجية السياسية يتناول الطرق التي يجب أن تنظم بها الجماعات. بينما ينظر البعض الآخر إلى الجماعة على أنها مجموعة من الأساليب. مثل العملية الجماعية والحل الجماعي للمشكلة وقرار الجماعة. وهي أساليب تستخدم حديثاً على نطاق واسع خاصة فيما يتعلق بعلم النفس والسياسة والاقتصاد والثقافة.. الخ، أو حتى في برامج التدريب على العلاقات الإنسانية وإدارة المؤتمرات واللجان وغير ذلك. وينظر فريق ثالث إلى هذا المصطلح على أنه ميدان للدراسة في طبيعة الجماعات وفي قوانين نموها وفي ارتباطها بالأفراد وبالجماعات الأخرى وبالمجتمع.

ويعرف بونر Boomer علم ديناميات الجماعة بأنه ذلك الفرع من علم النفس الاجتماعي الذي يبحث في تكون وتغير بناء الجماعة ووظائفها بحيث تصبح ذاتية التوجيه. ويرى كل من كارترايت وزاندر Cartright & Zander أن علم ديناميات الجماعة فرع من فروع المعرفة أو هو تخصص في العلوم الاجتماعية يتصل بالسلوك الإنساني والعلاقات الإنسانية. ولكن يصعب أن نحدد ميدان ديناميات الجماعة تحديداً يجعله فرعاً أو جزءاً من أي علم من العلوم الاجتماعية المعروفة.

لقد بدأ اهتمام المفكرين بمعرفة طبيعة الجماعات وما يرتبط بها من قوى سيكولوجية واجتماعية منذ قرون. وما تركه الفلاسفة منذ أقدم العصور يشتمل على الكثير مما يتصل بطبيعة الجماعات والعلاقات بينها وبين الأفراد. وأحسن الطرق لتشكيل الحياة الجماعية. وفي الفترة ما بين القرن السادس عشر وحتى نهاية القرن التاسع عشر ظهرت كتابات كثيرة في أوروبا عن طبيعة الإنسان، وعن مكانه في المجتمع. وقد تضمن الكثير من هذه الكتابات أسس التفكير المعاصر فيما يتصل بالجماعات. إلا أن منهج الدراسة الذي يرتبط بديناميات الجماعة اليوم هو من نتاج القرن العشرين ويختلف بشكل جوهري عما سبقه من تفكير وكان الطابع الغالب في كتابات الباحثين حتى مطلع القرن العشرين هو المعالجة النظرية الشاملة للجماعات معالجة مبنية على الخبرة الشخصية والسجلات التاريخية. ودون الشعور بالحاجة إلى البرهان التجريبي. وقد اشتهر عدد من الكتاب الذين بحثوا في تلك الأمور وقبل ظهور ديناميات الجماعة بشكله الحديث من أمثال كولي ودوركاييم وفرويد وليبون ومكسوجل وروس وتارد وتونيز. إلا أنه منذ بداية العقد الثاني من القرن العشرين بدأت الثورة تشتد على هذا المنهج التأملي في البحث. وعلى التفكير المنطقي الذي لا يستند إلى إثبات عن واقع التجربة والقياس الثابت بصورة يمكن

إرشاد الجماعات

معها إعادة التجربة والوصول إلى نفس النتائج. ولهذا فإن علم ديناميات الجماعة استعان منذ بدايته بطرق البحث الامبريقية (التجريبية) أي بالاعتماد على الملاحظة الدقيقة والقياس الكمي والتجربة بالرغم من ان الباحثين قد اهتموا في بداية الأمر في بناء النظريات واستخلاص الفروض القابلة للاختبار من هذه النظريات والاحتفاظ بروابط قوية بين جمع البيانات وبناء النظريات.

(2 - 1) تعريف الجماعة:

تنوعت تعريفات الجماعة بتنوع خصائص الجماعة. فبينما حدد بعضهم الجماعة في ضوء واحد أو أكثر من الخصائص:

ففي ضوء مدركات ومعارف أعضاء الجماعة. يمكن تعريف الجماعة على أنها وحدة تتكون من عدد جمعي من الكائنات المنفصلة ممن تتوفر لديهم الادراك الجماعي بوحدتهم والقدرة على العمل او ممن يسلكون باسلوب موحد ازاء تعاملهم مع بيئتهم.

وفي ضوء الدافعية واشباع الحاجات تعرف الجماعة على انها عبارة عن جمع من الكائنات يقف فيها وجود الكل كشيء ضروري لاشباع حاجات فردية معينة لدى كل فرد منهم. ويعرف شو الجماعة بأنها مجموعة من الافراد يعتبر وجودها كجماعة مثيرا للافراد (شو، 1986).

وفي ضوء أهداف الجماعة تعرف الجماعة على أنها وحدات مكونة من شخصين أو أكثر يتصلون ببعضهم البعض من أجل غرض ما. كما أنهم يجدون في هذا الاتصال شيئا له معناه.

وفي ضوء تنظيم الجماعة تعرف الجماعة باعتبارها نسقا منظما من فردين أو أكثر يرتبط كل منهم بالآخر بحيث ينهض النسق بوظيفة ما. كما يتوفر لأعضائها مجموعة من علاقات الأدوار ومجموعة من المعايير التي تنظم وظيفة الجماعة ووظيفة كل عضو من أعضائها.

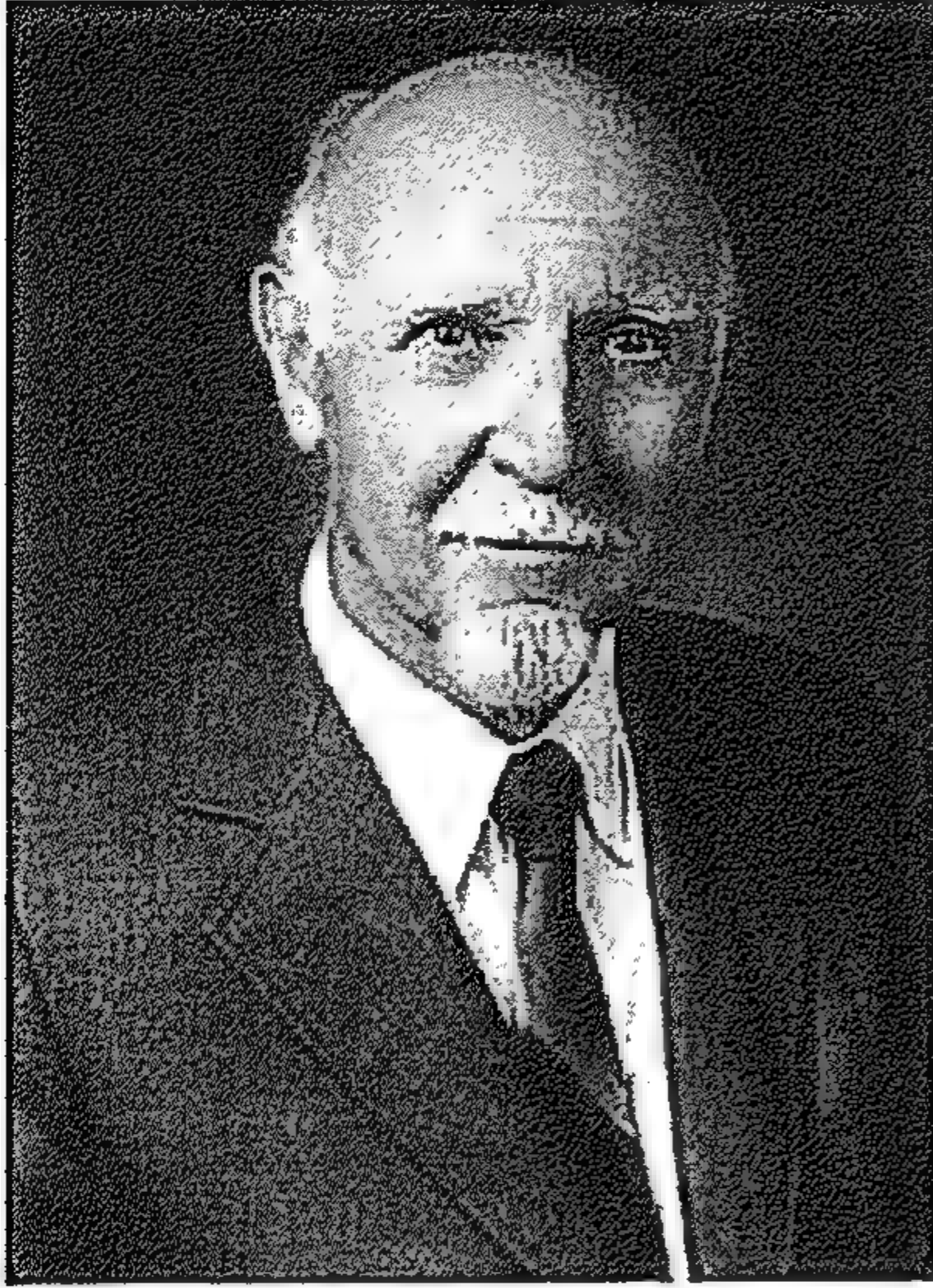
وفي ضوء اعتماد افراد الجماعة على بعضهم البعض عرف ليفين الجماعة بأنها مجموعة من الافراد يواجهون مصيرا مشتركا. أي أفراد يعتمدون اعتمادا متبادلا على بعضهم البعض. بمعنى أنه اذا ما أثرت حادثة على واحد من الأعضاء تبدى احتمال تأثيرها على الكل (Forsyth, 1999).

وفي ضوء التفاعل بين الأفراد تعرف الجماعة بأنها عدد من الاشخاص ممن يتصل أحدهم بالآخر في الغالب عبر مدى زمني. وممن يكونون بالقلّة التي تتيح لكل شخص أن يتصل بالآخرين لا بطريقة غير مباشرة - من خلال الغير - ولكن عن طريق المواجهة.

وعرف زهران (1998) الجماعة بأنها: وحدة اجتماعية تتكون من مجموعة من الأفراد (اثنان فأكثر) بينهم تفاعل اجتماعي متبادل (يتميز في الجماعة الانسانية بوجود اللغة وهي أداة

الاتصال الرئيسية) وعلاقة صريحة (قد تكون جغرافية أو سلائية أو اقتصادية أو وحدة الأهداف أو وحدة العمل والشعور بالتبعية أو الشعور بالنوع أو الشعور بالانتماء إلى وحدة واحدة)، ويتحدد فيها للأفراد أدوارهم الاجتماعية ومكانتهم الاجتماعية. وهذه الوحدة الاجتماعية مجموعة من المعايير والقيم الخاصة بها والتي تحدد سلوك أفرادها على الأقل في الأمور التي تخص الجماعة سعياً لتحقيق هدف مشترك وبصورة يكون فيها وجود الأفراد مشبعاً لبعض حاجات كل منهم.

ويرى شو Shaw (1986) بأنه يمكن النظر إلى الجماعة على أنها نسق مفتوح من



التفاعل تحدد فيه الأفعال بناء النسق. كما تمارس التفاعلات المتتالية تأثيرات متساوية على هوية النسق. وعرف الجماعة بأنها تجمع يتكون من شخصين أو أكثر يوجد بينهما تفاعل بحيث يمكن أن يؤثر أي منهما أو يتأثر بالآخر.

(2 - 2) الاتجاهات النظرية في دراسة الجماعات:

تعددت الاتجاهات النظرية التي تتحدث عن الجماعة ودينامياتها، والتي تمثل بالضرورة محصلة لمدارس الفكر الاجتماعي بالعلوم الاجتماعية المتعددة.

وبالنظر لكثرة هذه المدارس والاتجاهات المختلفة

للبحث في ديناميات الجماعة فقد أمكن حصر هذه الاتجاهات في أربع نظريات رئيسية تبحث في الأساس النظري لعلم ديناميات الجماعة وتتمثل في:

(1) نظرية الشخصية العامة للجماعة Group Sntality Theory:

صيغت هذه النظرية على يد كاتل (20 March 1905 – 2 February 1998) وتكونت من جزئين يتصلان ببعضهما البعض (شو، 1986).

أ. أبعاد الجماعة:

يتعامل الجزء الأول مع أبعاد الجماعة: تتكون أبعاد الجماعة لدى كاتل من ثلاث فئات أو مجموعات تتسم فيما بينها بالاعتماد المتبادل على بعضها البعض. وسمات أحد أعضاء الجماعة تتحدد إلى درجة كبيرة من خلال الخبرات الثقافية التي مربها هذا الفرد في فترة سابقة من حياته. وأن أنواع العلاقات المتبادلة التي تنمو داخل جماعة ما إنما تتأثر هي الأخرى بناموس الثقافة. وهذه الفئات أو المجموعات هي:

1. سمات الجمهور Population traits:

وهي مجرد خصال الأعضاء الفرادى الذين يكونون الجماعة. وهذه الخصال انما توجد مستقلة عن الجماعة. وتصير اليها عندما يصبح الفرد عضوا فيها. وقد استخدم كاتل (115) متوسطات هذه الخصال عندما وصف أبعاد الجماعة في ضوء سمات الجمهور. ومن ثم تتكون مجموعة سمات الجمهور من متوسط ذكاء أعضاء الجماعة واتجاههم وشخصيتهم..... الخ.

2. سمات الشخصية العامة للجماعة Syntality traits:

تعرف الشخصية للجماعة على أنها شخصية للجماعة. أو بشكل أكثر دقة. هي أي تأثير للجماعة ككل. وهذا هو ما يجعل للجماعة كيانا متميزا. وبالتالي فإن سمات الشخصية العامة للجماعة هي تلك التأثيرات الخاصة بالجماعة عندما تتصرف كجماعة. وقد تكون لمثل هذه التأثيرات صلة بجماعة أخرى أو بالبيئة التي توجد للجماعة فيها. وقد تشتمل على ضروب من السلوك كاتخاذ القرار والأفعال العدوانية وما شابه ذلك.

3. خصائص البناء الداخلي للجماعة Internal Structure:

يشير البناء الداخلي للجماعة إلى العلاقات بين أعضاء الجماعة كما يصف الخصائص البنائية والأنماط التنظيمية داخل الجماعة. وتقف الأدوار والزممرات Cliques ومواقع المراكز Status positions وشبكات الاتصال Communication network وما شابه ذلك كأمثلة على خصائص البناء الداخلي.

ب. ديناميات الشخصية العامة للجماعة:

المفهوم الأساسي لدى كاتل في تحليل ديناميات الشخصية العامة للجماعة هو الطاقة العامة للجماعة. فكل فرد ينضم إلى الجماعة بغرض إشباع حاجة أو حاجات سيكولوجية معينة. وهو على هذا إنما يأتي إلى الجماعة بدرجة من الطاقة يكرسها لأنشطتها. وتمثل الطاقة العامة للجماعة مجموع هذه الطاقات الفردية المتاحة للجماعة.

وتندرج أنشطة الجماعة عادة في نوعين هما: أنشطة موجهة حيال المحافظة على الجماعة: وأنشطة موجهة حيال تحقيق هدف للجماعة أو أهدافها. وهذا يشير إلى أن نسبة كبيرة من الطاقة العامة للجماعة يجب استغلالها في إطار للعلاقات بين أفرادها. ففي أي جماعة يوجد قدر معين من الاحتكاك بين أعضائها يتأتى عن المواجهة في سبيل وضع اجتماعي معين والسعي إلى القوة وعدم الاتساق بين الأعضاء وما إلى ذلك.

واقترح كاتل في تحليله لديناميات الطاقة العامة للجماعة سبع مبادئ تعد إلى حد كبير بمثابة تحديدات لخصائص الطاقة العامة للجماعة:

1. تتكون الجماعات من أجل اشباع حاجات فردية. وينتفي وجودها عندما لا تعد محققة لهذا الغرض.
2. الطاقة الكلية للجماعة هي محصلة قوى اتجاهات الأعضاء حيال الجماعة. (وعلى هذا، فإن الطاقة العامة للجماعة انما تعتمد على عدد الاعضاء في الجماعة وعلى قوة الارضاءات التي يحصل عليها الفرد منها واتجاه هذه الارضاءات. وكذلك علاقة هذه الارضاءات بجماعات أخرى)
3. قد تتجه الطاقة الفعالة للجماعة نحو أهداف خارج الجماعة. ومن ثم فقد ترسي الجماعات انماطا من رد الفعل تعد معاونة في تحقيق هدف نهائي للجماعة. وعلى سبيل المثال، قد تكون امة جيشا كوسيلة لتحقيق هدف الأمن لها.
4. قد يستغل أعضاء الجماعة الفرادي الجماعات فيها ايضا في تحقيق أهداف خاصة. بمعنى أنه قد تكون أنشطة الجماعة موجهة نحو هدف شخصي نهائي. فعلى سبيل المثال، قد ينضم شخص ما الى جماعة من اجل العمل معها ويتسنى له أن يرى صديقه.
5. يتعلم الافراد في الجماعات أنماطا سلوكية كالولاء والمعاونة والتبعية كما اشار اليه ثورندايك في قانون الاثر Low of effect.
6. قد تتداخل ضروب العضوية المختلفة في جماعات. ولكن تبقى الطاقة الكلية في هذه الجماعات المتداخلة ثابتة طالما بقيت الطاقة الفردية الموجهة نحو أهداف مغايرة لأهداف الجماعة ثابتة. وطالما لا تتباين الأنشطة الجماعية الخاصة بالاقتراب من الهدف.
7. هناك شبه تطابق بين سمات شخصية أعضاء الجماعة والسمات العامة للجماعة. وعلى سبيل المثال، يتطابق ميل الافراد للتصلب مع الاتجاه نحو المحافظة من جانب الجماعة كما يتطابق الذكاء الشخصي مع تكامل الجماعة بصفة عامة.... الخ.

(2) النظرية التبادلية Exchange Theory:

طرح كل من ثيبوت وكيلى Thibaut & Kelley النظرية التبادلية بهدف تفسير السلوك التفاعلي بين الافراد. وتفسير عمليات الجماعة. نظرا الى منحاهما على أنه منحى وظيفي في المقام الأول. وكان تركيزهما على ما هو مفيد أو فعال من منظور الجماعة.



إرشاد الجماعات

تفترض النظرية أن وجود الجماعة انما ينبني فقط على مشاركة أفراد الجماعة وارضائهم. وعلى هذا ينبغي أن يكون تحليل عمليات الجماعة في ضوء ضروب التوافق التي يقوم بها الافراد في محاولاتهم حل مشكلات الاعتماد المتبادل فيما بينهم.



Harold H. Kelley: December 4, 1926 - October 26, 2009

وحلل ثيوت وكيلى نظريتهما التبادلية من خلال تحليلهما للتفاعل:

أ. تعريفات المفاهيم الأساسية المستخدمة في النظرية:
حدد ثيوت وكيلى المفاهيم الأساسية للنظرية التبادلية بكل من:

- **علاقة الأفراد ببعضهم البعض Interpersonal relationship:** نظرا لأن التفاعل والعلاقة بين الأفراد يعتمدان على بعضهما البعض فسوف يعرفان معا. والخاصة الأساسية للتفاعل هي العلاقة بين الأفراد. فيقال عن شخصين أنهما قاما بتكوين علاقة ما فيما بينهما عندما يتفاعلا في مواقف عديدة.
- **التفاعل والمتتالية السلوكية Behavior sequence:** وقد اختيرت كوحدة لتحليل السلوك. فيقال ان كل متتالية سلوكية انما تتكون من عدد من الأفعال الحركية واللفظية المنظمة بشكل متتال. والموجهة الى أحد الأهداف المباشرة. ويستطيع كل فرد ان يقوم بعدد هائل ومتنوع من المتتاليات السلوكية.
- **الذخيرة السلوكية Behavior reperatolre:** استخدم ثيوت وكيلى مصطلح الذخيرة السلوكية ليشير به الى كل المتتاليات السلوكية الممكنة التي قد يصدرها شخص بعينه خلال تفاعله مع شخص آخر. بالاضافة الى التركيبات الممكنة من المتتاليات السلوكية.

ب. النظرية النتائج المترتبة على التفاعل:

التفاعل أمر انتقائي سواء فيما يتعلق بمن يتفاعل مع من. أو فيما يتصل بما يتم اصداره من متتاليات سلوكية. وان أي شخص لا يتفاعل مع كل شخص آخر يمكنه ان يتفاعل معه. كما أنه لا يصدر كل المتتاليات السلوكية يمكن لمعظم الاشخاص التفاعل معه. وعلى سبيل المثال فانه ينظر الى النتائج المترتبة على التفاعل (النواتج) في ضوء الاثابات Rewards

والتكاليف Costs. وعندما يتفاعل شخصان عادة ما يستمتع كل منهما بجزء ما من التفاعل. ولكنه يجد أجزاء أخرى منه أقل تفاعلاً أو أقل متعة أو حتى غير سارة.

ج. تحليل تقويمات الأعضاء للعلاقات القائمة بين بعضهم البعض:

يستند تقويم ثيوت وكيلى لنواتج التفاعل عن طريق المقارنة على اساس معيارين داخليين أسمياها

1. مستوى المقارنة:

وهو المعيار الذي يقوم الفرد في ضوءه جاذبية علاقة تفاعلية معينة. أو الحد الذي تبدو به هذه العلاقة مرضية. وهو معيار ذاتي ينشأ كنتيجة مترتبة على العلاقات التفاعلية التي عايشها الفرد خلال مجرى حياته.

2. مستوى مقارنة البدائل:

هو ذلك المستوى الذي يستخدمه الفرد ليقرر في ضوءه ما اذا كان سيستمر في علاقة معينة أو ينتهي منها. ويمثل هذا المستوى أدنى ما يمكن للفرد أن يقبله من نتيجة في ضوء علاقات أخرى بديلة له. فقد يختار الفرد على المستوى النظري - ان ينخرط في علاقة غير جذابة (دون مستوى مقارنته) أو يبقى عليها اذا ما كانت هذه أكثر العلاقات المتاحة له جاذبية في حينها.

3) نظرية المجال:



ارتبط اسمها بكورت ليفين (189 - 1947) الذي يعتبر أحد الأوائل من بين علماء النفس الجشطالت وعمل مع كوهلر وكوفكا وفرتايمر فترات طويلة في برلين لكنه اختلف عنهم من حيث أنه كان يهتم بالدافعية والشخصية وعلم النفس الاجتماعي أكثر من اهتمامه بالمشكلات الفنية المتعلقة بالادراك والتعلم والتفكير ويرى بان السلوك انما هو حصيلة عوامل المجال الحيوي أو المجال الاجتماعي المتوقعة بعضها على بعض والتي تستدعي وجود بعضا البعض. وتمثل الخصائص التركيبية للمجال الحيوي هذا مفاهيم النظرية الفيزيولوجية ونظرية الجهاز المنظم. أما الخصائص الدينامية فتمثلها القوى السيكلوجية والاجتماعية.

تعتبر نظرية ليفين امتدادا لنظرية الجشطالت في التعلم. فليس هناك فرق بين فكرة ليفين في المجال عن فكرة الجشطالت. والمجال لكل منهما هو الحيز المحيط بالذات (من حيث أنها مصدر

إرشاد الجماعات

السلوك) الذي تظهر فيه آثار قوى هذه الذات من حيث أنها تحتك ببيئة خارجية تؤثر فيها وتتأثر بها.

وضع ليفين عددا من الفروض التي قامت عليها نظريته اشتملت على الآتي:

- جميع الحوادث والمعارف... الخ. في هذا الكون تحدث دائما في مجال معين
- كل مجال له خصائص وتركيب خاص تفسر الحوادث المحلية في نطاقه
- خصائص أي عنصر من عناصر مجال معين ترجع إلى قوى المجال المختلفة المؤثرة عليها
- الحاضر أهم في الواقع من الماضي والمستقبل حيث أن تجارب الماضي وخبراته تؤثر في الموقف الحاضر على صورة تذكر. والتذكر والاسترجاع بدوره يتأثر بحالة الفرد الحالية وقت التذكر.
- المجال الحيوي للفرد نتيجة تفاعل قوى ناتجة من طبيعة تركيب الموقف نفسه وتنظيم ما به من علاقات ثم القوى الدافعة عند الفرد التي تتمثل في حاجاته وميوله واتجاهاته وقيمه

تحدث ليفين عن التعلم باعتباره عملية ديناميكية تحدث خلال عملية التفاعل المستمر بين المتعلم والموقف التعليمي بما فيه من مؤثرات مختلفة. وأن التعريف الجيد للتعلم يجب أن يتناول دراسة التغير في كل مظهر من المظاهر السلوكية على حدة معارضا وضع تعريف واحد للتعلم باعتبار أن تعريفا واحدا للتعلم لا يمكن الوصول به إلى تفسير عام لظاهرة التعلم ويرى أن التعلم يحدث بالنسبة لكل مظهر من المظاهر السلوكية المختلفة والتي يقسمها ليفين على النحو التالي:

أ. التعلم كتغير في التنظيم المعرفي (اكتساب المعارف والمعلومات):

حيث يسير التعلم من الكليات المبهمة إلى الوحدات المميزة أي من العلم المبهم إلى الخاص المفصل (مبدأ التمايز). ويشمل إدراك العلاقات بين عناصر الموقف المختلفة. ويتم ذلك عن طريق فرض الفروض المختلفة وتحقيقها حتى يصل الفرد إلى الحل المطلوب (مبدأ التكامل). وأن قوانين تنظيم المجال الإدراكي مسئولة عن عملية التغير في التنظيم المعرفي (مبدأ تنظيم المجال الإدراكي). وتلعب حاجات الفرد وقيمه وآماله وطموحه دورا هاما في حل المشكلات التي تواجهه (مبدأ الدافعية)

ب. التعلم كتغير في الدافعية: (تغير في التنظيم الانفعالي):

فعندما توجد حالة من التوازن بين الفرد وقوى المجال الخارجي يتصف مجال هذا الفرد بالسكون وعدم الحركة. ولكن إذا شعر الفرد بحاجة فيزيولوجية أو نفسية فإنه يفقد هذا التوازن

وينتج عن ذلك حالة من التوتر تدفع بالفرد إلى إجراء أساليب معينة من السلوك لإزالة حالة التوتر (مبدأ عدم التوازن). والثواب من وجهة نظر ليفين يمكن أن يؤدي إلى تغيير فعلي في الميل أي أن النشاط غير المفضل يصبح بعد ذلك نشاطا مفضلا، أما العقاب المتكرر فقد ينتج عنه أن النشاط المطلوب يصبح أكثر بغضا ونفورا. ويتضمن موقف الثواب والعقاب صراعا من نوع الإقدام أو من نوع الإحجام. ففي المواقف المثابة نجد المتعلم يعاني من ممارسة العمل ولكنه لا يدركه بسبب جاذبية المكافأة المترتبة عليه والحواجز التي تحول دون الوصول إلى تلك المكافأة بدون عناء. فيستمر في التعلم تحت صراع الإقدام. وقد يلجأ إلى التحايل للوصول إلى المكافأة كالغش في الامتحانات. أما في المواقف المعاقبة فإن المتعلم يميل إلى ترك العمل الذي يمارسه تحت التهديد غير إن حواجز معينة تحول دون ذلك فيستمر في العمل تحت صراع الإحجام (مبدأ الثواب والعقاب). كما يمكن أن نغير من مظاهر الدافعية عن طريق تغيير الحاجات والميول التي توجد لدى الفرد ويتطلب هذا تغيير أهداف الفرد بحيث أن تكو الأهداف الجديدة من نوع الأهداف القديمة حتى نضمن الاستمرار في نفس الاتجاه (مبدأ الإحلال في الأهداف)

ج. التعلم كتغير في الأيديولوجية والقيم (عملية اكتساب مميزات الجماعة ومثلهم ومبادئهم):

ان عملية تكوين الميول والاتجاهات عملية انتقائية لأنها تعتمد على إدراك الفرد للوسط الذي ي عيش فيه وعلى ما كونه من خبرة. وأثر ذلك على حياته ورغباته وانفعالاته بمعنى أن أيديولوجية الفرد وقيمه لا تنمو إلا في حدود مجال حاجاته الهامة (مبدأ الإدراك الانتقائي). وتتوقف نوع الاتجاهات والميول على نوع الحقائق التي تدخل في تنظيمها وعلى مدى نصيبها من الدقة والصحة (مبدأ الخبرة المعرفية). وقد يكون الباعث للنشاط عند الفرد قوى ناتجة من وجود سلطة خارجية. فيعمل الفرد اما مرغما واما بدون دوافع داخلية تزيد من قيمة النشاط عند الفرد (مبدأ التغير القسري). ويتقبل الفرد تغيير قيمه واتجاهاته وميوله نتيجة لرغبة داخلية وإيمان حقيقي بهذا التغير (مبدأ التغير الذاتي).

د. التعلم كتغير في ضبط الحركات الإرادية: (أي تعلم المهارات الحركية):

ان تعلم المهارات الحركية يعتمد على تنظيم القوى المختلفة التي تؤدي إلى التعلم حيث تعمل كل العضلات والحركات المتنوعة في كل موحد وفي توافق وتعاون تام. بحيث يعجز أي جزء وحده من هذا الكل أنت يكون التنظيم الجيد المتوقع (تعلم السباحة - تعلم الكتابة على الآلة الكاتبة - تعلم قيادة السيارة) (مبدأ التنظيم العضلي).

(4) نظرية التوجه للعلاقات الأساسية بين الأشخاص:



صاغ شتز Will Schutz هذه النظرية عام 1955 ثم قام بتوسيعها وتعديلها. في محاولة لتفسير سلوك العلاقات بين الأشخاص في ضوء التوجهات نحو الآخرين. وتري بأن كل شخص يوجه ذاته نحو الآخرين من خلال أنماط معينة متميزة تعد بمثابة محددات رئيسية لسلوك العلاقات بين الأشخاص. وفسر تلك الخاصة المعينة التي يمثلها الفرد في ضوء ثلاث حاجات تحكم العلاقات بين الافراد وهي:

1. **التضمن Inclusion**: ويشير الى الحاجة المعينة أي الحاجة الى الارتباط بالآخرين. وتفصح هذه الحاجة عن ذاتها من خلال ضروب السلوك التي تهدف الى جذب انتباه الآخرين واهتمامهم.
2. **التحكم Control**: ويشير الى عملية اتخاذ القرار بين الأشخاص. وتتباين الحاجة الى التحكم ما بين الرغبة في السيطرة على الآخرين (ممارسة القوة والسلطة عليهم) الى الرغبة في الضوع لهم.
3. **الوجدان Affection**: ويشير الى المشاعر والانفعالات الشخصية القوية بين فردين. ويتمثل الوجدان في درجتين متطرفتين هما الحب والكراهية. فالشخص ذو الحاجة الوجدانية يكون ودودا ومتخذاً لخطوات ايجابية تجاه الآخرين. كما يحاول عادة أن يقيم روابط وجدانية قوية معهم. وعلى الطرف الآخر فان الشخص ذا الحاجة الوجدانية الضعيفة انما يتحاشى العلاقات القوية بينه وبين الآخرين. وعندما يتفاعل شخصان أو أكثر فعادة ما يؤدي واحد منهم في كل مجال من مجالات الحاجة نمط السلوك المتميز الذي نماء في طفولته. وقد تكون أنماط التفاعل بين اي شخصين متألّفة أو غير متألّفة. فاذا كانت متألّفة فمن المحتمل أن يكون التفاعل في هذه الحال يسيرا ومثمرا. أما اذا كانت أنماط التفاعل غير متألّفة فمن المحتمل أن يكون التفاعل عسيرا وعقيما.

قدم شتاينر نظرية انتاجية الجماعة وهي تقضي باعتماد انتاجية الجماعة على ثلاث فئات من المتغيرات هي:

1. متطلبات المهمة Task demands: وهي تماثل خطط البناء. فعادة لا تشتمل مثل هذه الخطط على اوصاف المنزل فحسب ولكنها تحدد ايضا انواع المواد المراد استخدامها في البناء والنظام الذي تنتظم به العناصر المختلفة لتتم به هذه العملية. بل وربما انواع الادوات ايضا التي تحتاجها وما الى ذلك من جوانب أخرى. وكذلك، فان لمهمة الجماعة بعض المتطلبات الممكن تحديدها ووصفها.

2. الموارد Resources: وتشتمل الموارد على كل القدرات ذات الصلة المباشرة بالمهمة وعلى المعارف والمهارات والادوات التي في حوزة أعضاء الجماعة. اي ان موارد الجماعة تشتمل على كل المعلومات ذات الصلة المباشرة بالمهمة والمهارة والقدرة أو أي مورد آخر يملكه أحد أعضاء الجماعة ويملكه أعضاء آخرون

3. العملية Process.

ثالثاً: الارشاد الجمعي:



يقوم الارشاد الجمعي على فلسفة ان الانسان كائن اجتماعي لا يستطيع ان يعيش بمفرده او بمعزل عن الآخرين. ولديه حاجات نفسية واجتماعية ولديه مشكلات. وهناك تعريفات عديدة للارشاد النفسي الجمعي.

فمن الباحثين من يعرف الارشاد النفسي الجمعي بأنه: علاقة شخصية مهنية يقودها مرشد متخصص، وتقوم على عملية ديناميكية، تهدف الى تحقيق اهداف ارشادية محددة من خلال التفاعل بين اعضاء جماعة تواجه صعوبات او مشكلات مختلفة.

ويعرفه جازاد ورفاقه (Gazad, et al.; 2008) على انه عملية تفاعل ديناميكية متبادلة تقوم على المشاركة اللفظية للمشاعر والاحاسيس والافكار. وذات أهداف مشتركة توجه نحو تغيير سلوك الافراد واتجاهاتهم. وتحقيق مفهوم ذات ايجابي لهم.

ويشير ثومبسون وآخرون (Thompson, et al.; 2004) الى الارشاد النفسي الجمعي على انها عملية تفاعل متبادلة تجمع شخصين او اكثر وجهها لوجه من اجل تحقيق أهداف

إرشاد الجماعات

مشتركة. وأن الجماعة الارشادية عبارة عن مجموعة من المسترشدين يجتمعون في احد الأماكن المخصصة لعملية الارشاد بتنسيق مع المرشد النفسي بحيث تتم عملية الارشاد مع المجموعة كوحدة. مع الأخذ بعين الاعتبار معرفة جميع افراد الجماعة لأسلوب العمل الارشادي الجمعي وهدافه ومسؤولياتهم نحوه.

وعرف نيلسون جونز (Nelson – Jones, 2006) الارشاد الجمعي على انه مجموعة نشطة من العلاقات والمهارات المتداخلة بين مجموعة من الناس يعملون على تبادل مهارات الحياة فيما بينهم.

وعرف واليس ولويس (Wallace & Lewis, 1990) الارشاد الجمعي بأنه عملية تضم مجموعة من الناس يجتمعون بشكل منتظم وهم يرون انفسهم من وجهة نظرهم الخاصة. ووجهة نظر الآخرين بأنهم من الناحية النفسية يعتمدون على بعضهم البعض ويتفاعلون من اجل تحقيق اهداف مشتركة.

ووصف روجرز الارشاد النفسي الجمعي بأنه مكان يأتي اليه الناس لمعرفة انفسهم بشكل افضل مما هو متوفر لهم في الحياة العادية.

(3 – 1) خصائص الارشاد الجمعي:

وفي ضوء التعريفات السابقة فان الارشاد النفسي الجمعي يتضمن عددا من الخصائص التي تميزه عن غيره من طرق الارشاد. هي أن الارشاد النفسي الجمعي عملية ديناميكية Dynamics. واجتماعية Socializing. تفاعلية وتبادلية. وكل عملية ارشاد جماعي تتكون من مجموعة من الافراد لا يقل عددهم عن ثلاثة بالإضافة الى المرشد النفسي. يعانون جميعا من مشكلات او صعوبات متشابهة او متباينة ويفتقرون الى معلومات ومهارات اجتماعية او نفسية او سلوكية لمواجهة ما يعانون منه. ولا توجد مجموعة ارشادية تسير بدون قائد (مرشد) يشترك معها في التوجيه ويمدها بالخبرة والمعلومات التي تحتاجها. (الرشيدي والسهل، 2000):

(3 – 2) الأسس النفسية والاجتماعية للإرشاد الجمعي:

يقوم الإرشاد الجمعي على عدد من الأمور. فكثير من الناس متشابهون في العديد من الخصائص الشخصية وفي عدد من المشكلات والحاجات، والإنسان كائن اجتماعي بطبعه. وهو غير قادر على العيش بمفرده. بل هو في حاجة الى جماعة يعيش معها يؤثر فيها ويتأثر بها. وله حاجاته النفسية والاجتماعية. التي لا يمكن إشباعها الا من خلال الجماعة كالحاجة إلى الحب والأمن والانتماء والتقدير الاجتماعي. وتمثل العزلة الاجتماعية سببا هاما في حدوث المشكلات

والاضطرابات النفسية للفرد. فسلوك الفرد محكوم بقيم ومعايير وعادات وتقاليد المجتمع السائدة.

(3 - 3) مجالات استخدام الإرشاد الجمعي:

يستخدم الإرشاد الجمعي مع كل من الأطفال والمراهقين والراشدين. ومع المدمنين والمعوقين وغيرهم. ويستخدم في اللعب على نطاق واسع مع الأطفال. ومع الإباء والأمهات الذين يتبعون أساليب التربية الخاطئة في تنشئة أولادهم. من خلال إلقاء المحاضرات والمناقشات حول كيفية التعامل مع أبنائهم والمشكلات التي يعانون منها. كما يستخدم مع كبار السن. خاصة ممن تظهر لديهم مشكلات اجتماعية كإحالة البعض منهم على التقاعد والشعور بالعزلة والوحدة.

وفي علاج الأمراض السيكوسوماتية والعصابية وحالات الفصام. ومع الأفراد الذين يعانون من مخاوف اجتماعية أو الذين يفتقرون إلى الثقة بالنفس. ويستخدم مع الجناح في علاج حالات سوء التوافق المدرسي وسوء التوافق الأسري. وبعض العادات السيئة كالتدخين والإدمان. ويستخدم كذلك في علاج الكثير من المشكلات النفسية كالانطواء والاكتئاب واللاتوكيدية. والوحدة النفسية. ويعتبر من الأساليب الناجحة في إرشاد المراهقين الذين يلجؤون إلى الشغب وممارسة العدوان في المدارس.

(3 - 4) الإرشاد الفردي والإرشاد الجمعي:

هناك أوجه اختلاف عديدة بين كل من الإرشاد الفردي والإرشاد الجمعي بينها زهران (2005) فيما يلي:

الإرشاد الفردي	الإرشاد الجمعي
■ الجلسة الإرشادية عادة أقصر (حوالي 45 دقيقة)	■ الجلسة الإرشادية عادة أطول (حوالي ساعة ونصف)
■ يتركز الاهتمام على الفرد	■ يتركز الاهتمام على كل أعضاء الجماعة
■ يتركز الاهتمام على المشكلات الخاصة	■ التركيز على المشكلات العامة
■ أكثر فعالية في حالة المشكلات الخاصة	■ أكثر فعالية في حالة المشكلات العامة والمشاركة
■ يبدو اصطناعيا أكثر	■ يبدو طبيعيا أكثر

الارشاد الفردي	الارشاد الجمعي
<ul style="list-style-type: none"> ■ يتيح فرصة الخصوصية والعلاقة الارشادية الأقوى بين المرشد والعميل. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ يتيح فرصة التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ويستغل القوى الارشادية في الجماعة وتأثيرها على الفرد
<ul style="list-style-type: none"> ■ ينقصه وجود المناخ الاجتماعي. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ يتيح وجود الجماعة تجريب الافراد للسلوك الاجتماعي المتعلم من خلال عملية الارشاد "كبروفة"
<ul style="list-style-type: none"> ■ دور المرشد اسهل واقل تعقيدا 	<ul style="list-style-type: none"> ■ دور المرشد أصعب وأكثر تعقيدا
<ul style="list-style-type: none"> ■ يأخذ فيه العميل أكثر مما يعطي وأحيانا ينظر الى ما يأخذه من المرشد على انه مأخوذ من سلطة. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ يأخذ فيه العميل ويعطي في نفس الوقت، ويتقبل الحلول الجماعية باعتبارها صادرة منه ومن رفاقه.

(3-5) أهمية الإرشاد الجمعي:

يقدم الإرشاد الجمعي خدمات إرشادية في جميع مجالات الحياة الصحية والنفسية والتربوية والاجتماعية وغيرها. وهو في أهميته وأهدافه يتفق والإرشاد النفسي الفردي في تقديم المساعدة للفرد كما للجماعة من أجل تحقيق الهدف الإرشادي الذي جاءت من أجله الجماعة. وقد أشارت العديد من الدراسات (Thompson, et al.; 2004) إلى أهمية الإرشاد الجمعي في الأمور الرئيسية التالية:

1. **تفاعل الأفراد في الارشاد الجمعي:** ونعني به التفاعل بين أعضاء المجموعة الإرشادية بهدف تحقيق المشاركة والاندماج والتوحد في النشاط الاجتماعي. ويشترك أعضاء المجموعة الإرشادية في استعراض الأحداث الحياتية لكل منهم. وأظهار التفاعل.
2. **الفاعلية:** بحيث يتمكن المرشد النفسي من تلبية حاجات العملاء في المجموعة الإرشادية الواحدة. وإيصال الخدمات لكل واحد منهم. وفي وقت قياسي نسبيا.
3. **موقف المجموعة:** فالمواقف التي تجمع افراد المجموعة الارشادية تساعد الافراد على تطوير نوع من العلاقة الارشادية فيما بينهم. وتلعب دورا هاما في تطوير شخصياتهم من خلال ما يسمى بكشف الذات Self – Disclosure وأن هذه العلاقة تساعد على مناقشة مشكلات الاعضاء بحرية اكبر. وتحقيق نوع من الاعتمادية المتبادلة بينهم.
4. **النمو الشخصي:** يحقق الارشاد الجمعي النمو الشخصي بين افرادها. كما يجد هؤلاء الافراد الظروف الاجتماعية والبيئية التي تسمح لهم استغلال الطاقات التي يمتلكونها مثل الطاقة الجسمية والنفسية والعقلية بشكل طبيعي لحل مشكلاتهم.

5. **تحسين دافعية المسترشد:** ومن خلال مشاركة الفرد في المجموعة الارشادية يجد تشجيعا لكشف المزيد من مشاعره وافكاره السلبية أو غير المرغوبة التي لم يستطع كشفها في حياته العامة. بالرغم من ان كشف هذه الخبرات يشكل مرحلة مهمة لمواجهة ما يحملونه من مشاعر وافكار سلبية بطريقة اكثر واقعية.
6. **الخبرة العمومية:** ان وجود الفرد في جماعة يحقق له اكتشاف خبرات الآخرين وأنهم ليسوا أقل منه خبرة ودراية مما يساعد في تحقيق المساندة الانفعالية والحد من مشاعر الألم لديه.
7. **ابتكار وجهات نظر جديدة:** ويمكن للمرشد النفسي تقديم وجهات نظره ووجهات نظر الآخرين وطرح البدائل في القضايا التي يطرحها داخل المجموعة الارشادية. من خلال استخدامه استخدام استراتيجيات معينة كالعصف الذهني Storm brain مثلا. مما يحقق لأعضاء المجموعة الارشادية مزيدا من الخبرات الهامة التي يفتقدونها في حل مشكلاتهم.
8. **الانتماء:** تحدث علماء النفس كثيرا حول حاجة الشخص الى الانتماء التي يمكن ان تتحقق له من خلال انضمامه للجماعة. والتي تعتبر اكثر ميزات المجموعة الارشادية أهمية بالنسبة لهم.
9. **التدرب على المهارات:** تحقق الجماعة الإرشادية للفرد فرصة التدرب على مهارات وسلوكيات يتم تطبيقها لاحقا في مواقف الحياة الحقيقية. كالتدرب على إجراء المقابلات. ومواجهة المسؤولين، والآخرين، والتحدث معهم. الى غير ذلك من السلوكيات التي ربما لم يكن الشخص قد تدرب عليها من قبل.
10. **التعلم البديل:** وفي الجماعة الإرشادية يتوفر لدى الشخص فرصة سماع هموم ومشاكل الآخرين والإصغاء إليهم التي قد تتشابه مع همومه ومشكلاته. مما يجعله أكثر وعيا لمشكلاته ويحد من مخاوفه ويزداد تبصره بأحوالهم وحاله والبحوث عن حلول مشتركة لمشكلاتهم.
11. **التغذية المرتدة:** ويتلقى أعضاء المجموعة الإرشادية التغذية المرتدة القادمة من شخص واحد ومعرفة وسماع ما يقوله الآخرون عنه. بحيث يسمح لهم إظهار مشاعرهم وأفكارهم نحو بعضهم البعض. ويعمل الارشاد الجمعي في مساعدة الاعضاء الحصول على المعلومات عن انفسهم، واكتساب المهارات الاجتماعية الخاصة بالتعامل مع الآخرين
12. **تقريب الحياة الواقعية:** تمثل المجموعة الإرشادية صورة مصغرة لمجتمع كبير بحيث يصبح موقف الجماعة بديلا مؤقتا للمجتمع او للعائلة او لمكان العمل. او للمؤسسات او المدارس. ومن خلال ما يسود الجماعة من مناخ موات. يمكن معه تحديد ومناقشة الانفعالات والاتجاهات والسلوك الإنساني. ومواجهة الخوف والغضب والشك والقلق والغيرة. وتحقيق بالتالي الأهداف التي جاء الأفراد إلى المجموعة الإرشادية.

إرشاد الجماعات

13. **الالتزام/ التعهد:** الالتزام بالعمل والتعهد بتنفيذه إمام أعضاء الجماعة الإرشادية يكون أقوى بكثير مما لو كان هذا الالتزام قد جرى بشكل منفرد. بحيث يلقي التعهد والالتزام إمام الجماعة مساندة الآخرين وتوقعاتهم منه والرغبة في عدم التخلي عن المجموعة الإرشادية.

(3 - 6) أهداف الإرشاد الجماعي:

ان الهدف النهائي للعمل الارشادي هو في مساعدة الفرد في حل مشكلاته. وينطبق هذا القول على الارشاد الجماعي أيضا باعتباره يسعى لمساعدة كل عضو في الجماعة في حل مشكلاته. من خلال اكتشاف أعضاء الجماعة للعوامل التي تؤثر في نموهم. وتكوين علاقات حميمة. تساعد في تقديم المساندة لبعضهم البعض اثناء التعامل مع مشكلاتهم والتوصل الى حل لها. وقد صاغ كوري (Corey, 1982) عددا من الاهداف التي يسعى الارشاد الجماعي الى تحقيقها في العملية الارشادية:

- تعلم كيفية الثقة بالنفس وبالأخرين.
- زيادة معرفة الذات.
- معرفة الحاجات والمشكلات المشتركة لدى أعضاء الجماعة.
- زيادة تقبل الذات، والثقة بالذات، واحترام الذات مما يساعد في التوصل الى رؤية جديدة لها.
- ايجاد طرق بديلة للتعامل مع تطور المشكلات العادية. وحل بعض الصراعات.
- يصبح الفرد أكثر ادراكا بالاختبارات مما يساعد في عمل اختبارات سديدة.
- وضع خطط خاصة لتغيير بعض السلوكيات. ومتابعة تلك الخطط.
- تعلم مهارات اجتماعية جديدة.
- يصبح الفرد أكثر حساسية نحو حاجات الآخرين ومشاعرهم.
- تعلم كيفية مواجهة الآخرين باهتمام وصدق وصراحة.
- الابتعاد عن مجرد تحقيق توقعات الآخرين وتعلم التعايش مع توقعات الفرد نفسه.
- استكشاف الفرد لقيمه. ومحاولة تعديلها اذا لزم الامر.

رابعاً: المجموعة الارشادية:

تعرف المجموعة الارشادية بأنها الديناميات الداخلية التي تصقل شخصية الفرد وتركز على وعيه وتفكيره وتصرفاته. وتحتوي على نظرية علاجية تساعد على تقديم مفهوم لواقعه وخلق الثقة والتفهم والقبول والدعم النفسي والمادي له.

والفرد في المجموعة الارشادية عضو فاعل في الجماعة يشارك الاخرين في التفاعلات الجماعية ويتصل بهم وينتمي لأعضاء الجماعة ويناضل من اجل تحقيق أهداف الجماعة محاطا بالسرية لمشكلات الجماعة وأهدافها.

(4 - 1) شروط المجموعة الارشادية:

وضع الباحثون شروطا محددة لكل من يعمل في الارشاد الجمعي. حتى يكون لديهم قدرة أكبر في انجاز اهدافهم التي جاؤوا من اجل تحقيقها بيسر ووضوح:

(1) فرصة المشاركة:

على اعضاء المجموعة الارشادية ان تكون لديهم فرصة المبادرة والمشاركة في الانشطة التي ينفذها اعضاء المجموعة الارشادية وكذلك فرصة اتخاذ القرار. وعلى المرشد تشجيع اعضاء المجموعة على تطوير قدراتهم في تفاعلهم مع المجموعة. فذلك يمثل شرطا اساسيا من اجل النمو والشعور بأن مصدر التهديد لهم قد زال.

(2) حرية التواصل:

ومن الضروري اتاحة الفرصة لأفراد المجموعة الارشادية حرية التواصل. والسماح لهم بالاتصال ببعضهم البعض من اجل المساعدة في تحقيق نوع من التفاعل الايجابي بينهم. وتطوير فهم متبادل بين الاعضاء. وتمكينهم من التعبير عن مشاعرهم وافكارهم الحقيقية. واذا كانت هناك حواجز تعيق اعضاء المجموعة من حرية التواصل فيما بينهم. فان ذلك يمنع حل الصراعات البشخصية. وتنمو لديهم اتجاهات عدائية.

(3) الاهتمام المشترك:

ان من اكثر عوامل نجاح المجموعة الارشادية هي وجود اهتمامات مشتركة بين اعضاء المجموعة وشعور كل شخص في المجموعة بأن ما يصدر عن اي واحد منهم من افكار واتجاهات ومشاعر، انما يرتبط بمشاعره وافكاره او مشكلته. وعندما يكتشف اعضاء المجموعة وجود اهتمام مشترك بينهم سوف يعطون اهتماما اكثر لموقف المجموعة. ويأخذون الموقف بجدية اكبر. وسوف يعملون على تطوير العلاقة فيما بينهم بشكل افضل.

(4) بيئة مساعدة:

ويجد أعضاء المجموعة بيئة آمنة ليس فيها تهديد. ويشعرون فيها بأنهم مقبولون كما هم بغض النظر عن طبيعة مشاعرهم أو سلوكياتهم. بيئة يجد فيها كل عضو اشخاصا آخرين يشاركونه مشاعره ومشكلاته، وداعمة له نفسيا واجتماعيا. وموفرة له ظروفًا مناسبة كي يقول ما يريد قوله. ويعبر عما يريد ان يعبر عنه دون خوف من عقاب او لوم من أحد.

(4 - 2) أنواع المجموعات الإرشادية:

تشتمل المجموعات الارشادية على أنواع متعددة:

(1) المجموعة الارشادية والمجموعة العلاجية:

Group counseling and group psychotherapy:

تهتم المجموعة الارشادية بالجانب الوقائي اكثر من اهتمامها بالجانب العلاجي الذي تهتم به المجموعة العلاجية بشكل فاعل. وهذا الاهتمام لكل من من المجموعتين الارشادية والعلاجية ناجمة من طبيعة المشكلات لدى اعضاء كل مجموعة من المجموعتين. فالمجموعة الارشادية تتشكل من افراد اسوياء. لكنهم يحتاجون للمساعدة التربوية او المهنية او الشخصية. بينما تتشكل المجموعة العلاجية من افراد يعانون من اضطرابات تتعلق بجوانب الشخصية لديهم.

(2) مجموعة التدريب Training group ومجموعة الحساسية Sensitivity group:

أدت مساهمة كورت ليفين Kurt Lewin في علم النفس الى ظهور مجموعات التدريب والحساسية. حيث تكون مهمة المشاركين في هذه المجموعات بناء التغذية المرتدة لديهم. والتعلم مما يجري داخل المجموعة. فالاعضاء يحضرون ويحللون موضوعاتها ويتعلمونها. ويتدربوا عمليا على فهم ديناميات المجموعة من خلال قيادة ديمقراطية فاعلة.

(3) مجموعة المواجهة والنمو Encounter and growth group:

تهتم هذه المجموعة بأنماط معينة من السلوك مثل الانفتاح والاستقامة والتحرر من الكبت والمشاركة واظهار سلوكيات جديدة. وتهدف الى مساعدة اعضاء المجموعة على الارتباط بفعالية اكبر بالآخرين. وتتم مجموعات المواجهة والنمو بعدد من المراحل حددها روجرز Rogers بالتالي (الخطيب، 2005):

- قلة الترابط والالتئام بين اعضاء المجموعة والشعور بحاجتهم لتوجيه القائد.
- مقاومة التعبير عن الذات او استكشافها.
- وصف المشاعر المتعلقة بالماضي.

الوحدة الثالثة

- التعبير عن المشاعر السلبية فقط.
- تعبير الشخص عن الموضوعات الشخصية المهمة واستكشافها.
- التعبير عن المشاعر الشخصية الحالية الايجابية منها والسلبية.
- تنمو طاقة علاجية في المجموعة حيث يبدأ الاعضاء في اظهار قدرات حقيقية وعضوية لمساعدة بعضهم البعض.
- يحصل الافراد على تغذية راجعة حيث يزود الاعضاء بعضهم بعضا بالمعلومات حول كيفية ظهورهم امام الآخرين.
- المواجهة. بحيث يوصل اعضاء المجموعة ردود افعالهم الايجابية منها والسلبية لبعضهم البعض.
- علاقات المساعدة خارج جلسات المجموعة.
- المواجهة الاساسية بحيث يتصل اعضاء المجموعة مع بعضهم البعض بطريقة مباشرة اكثر من اتصاليهم داخل المجموعة فقط.
- التعبير عن المشاعر الايجابية والانفتاح نتيجة زيادة الثقة ومستويات الكشف الحقيقي عن الذات.
- تغيير السلوك في المجموعة حيث يصبح الافراد اكثر عفوية وابداعا واكثر انتباها وتفكيراً ببعضهم البعض.

4) المجموعات الماراثونية Marathon group:

تعتمد المجموعة الماراثونية الى استمرار الجلسات الارشادية اطول فترة ممكنة قد تستغرق عدة ساعات او حتى أياما دون توقف الا لفترات قصيرة سعيا وراء زيادة الانفتاح والالفة لدى اعضاء المجموعة الارشادية. ويصبح اعضاءها اكثر قابلية لنزع الاقنعة الاجتماعية والظهور على حقيقتهم. وبالتالي اكثر اندماجا فيما بينهم مما يسهل عليهم تعلم سلوكيات مختلفة جديدة. وغالبا ما تكون جلسات هذه المجموعة في نهاية الاسبوع وتستمر دون توقف الا لغايات الأكل والنوم.

5) مجموعات العمل Structured group:

تعتمد مجموعة العمل على الخدمات التفسيرية وتوجه عملها نحو موضوع واحد. يشترك فيه اعضاء المجموعة كلهم. كأن تتناول المجموعة موضوعات الضغط النفسي والادمان واضطرابات الأكل.. وغير ذلك من الموضوعات التي يشترك افراد المجموعة فيها.

(6) مجموعة المساعدة الذاتية Self help group:

تعتمد مجموعة المساعدة الذاتية على تلبية رغبة أعضائها في تزويدهم بالدافعية من أجل البدء بتغيير حياتهم وإعطاء المجال لأي عضو إلى الانضمام لها وقتما يشاء. وهي تتشكل عادة من أعضاء يكون بينهم اهتمامات ومشكلات متشابهة إلى درجة كبيرة.

(7) مجموعة المهمة الواحدة Task groups:

يقصد بمجموعة المهمة الواحدة تلك المجموعة التي تركز على إنهاء عمل محدد أو القيام بمهمة معينة. ويتم اختيار قياداتها إما من قبل سلطة من خارج المجموعة، أو انتخاب أحد أعضاء المجموعة قائداً لها، أو انتخاب القيادة فيما بعد من داخل المجموعة. وينتهي عمل المجموعة بانتهاء العمل المحدد لها.

(4 - 3) تشكيل المجموعة الإرشادية وبنائها:

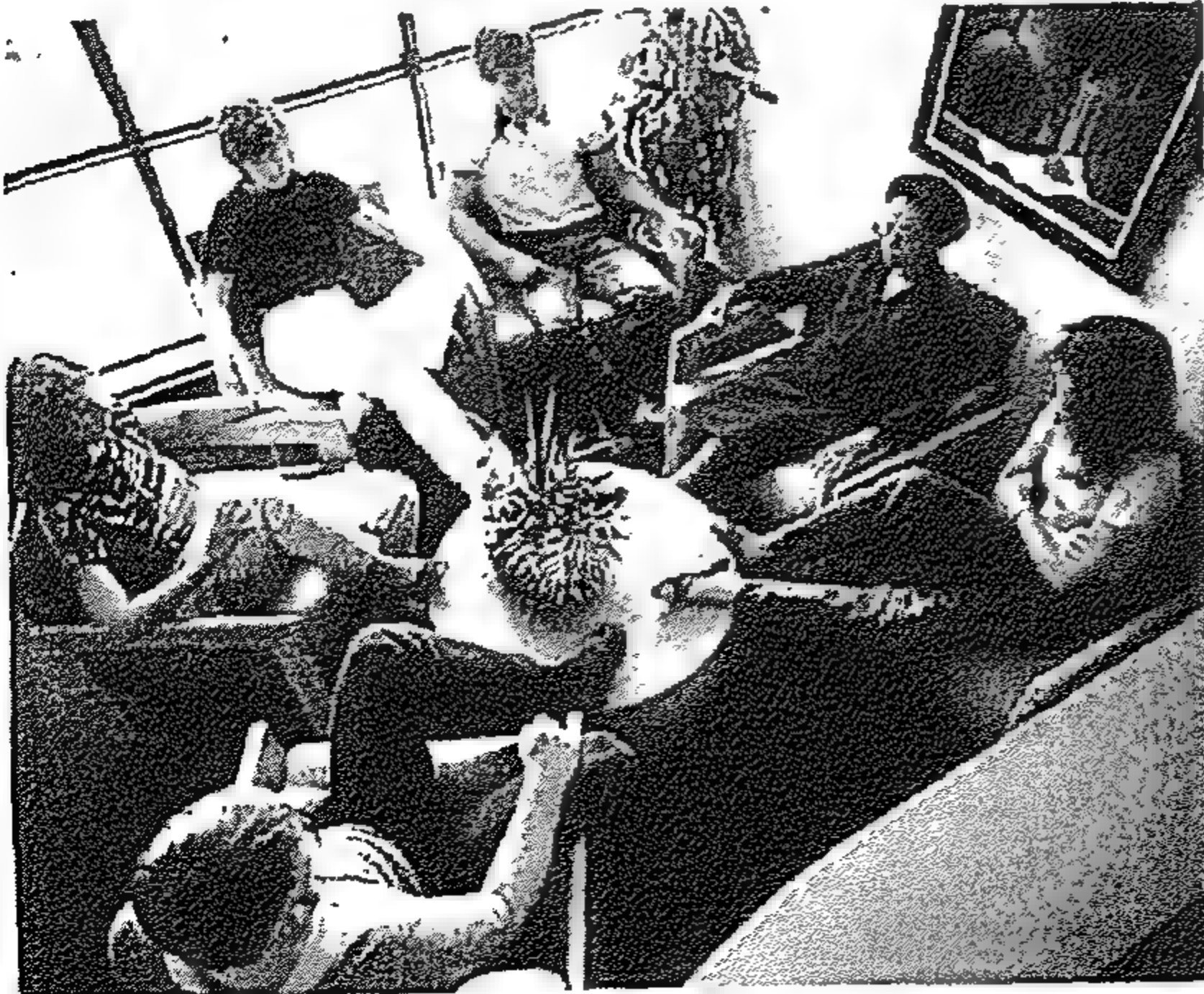
تتشكل المجموعة الإرشادية في ضوء عدة متغيرات هي:

(1) حجم المجموعة Group size:

اختلف المنظرون وعلماء النفس حول العدد المناسب لأعضاء الجماعة الإرشادية فمنهم من يرى أن المجموعة الإرشادية الواحدة يجب أن لا تزيد عن خمسة أعضاء. وهو العدد المفضل لدى غالبية المنظرين في مجال الإرشاد النفسي الجمعي. بينما يرى آخرون أن الجماعة الإرشادية يمكن أن يتراوح عددها ما بين 6 - 51 شخصا.

(2) اختيار الأعضاء وتكوين المجموعات:

يرى المنظرون أن من عوامل نجاح المجموعة الإرشادية أن يهتم المرشد النفسي بحسن



اختيار الأعضاء بحيث يكون بينها نوع من الانسجام والتآلف وتبادل الاهتمامات فالصفات المشتركة تشكل فيما بينهم فريق عمل متآلف ومنسجم والتي عبر عنها الباحثون بما يلي:

• عمر أعضاء الجماعة الإرشادية:

يفضل المرشدون النفسيون أن تكون أعمار أعضاء الجماعة الإرشادية متقاربة ما أمكن. فلا

يجوز ان نجمع في المجموعة الإرشادية الواحدة أفراد بأعمار متباينة كالأطفال مع المراهقين او كبار السن. نظرا لاختلاف الظروف البيئية التي مر كل واحد منهم بها.

- **الجنس:** وكلما كان أعضاء المجموعة الارشادية من نفس الجنس كلما أدى الى زيادة التآلف بين اعضائها.
- **الحالة الزوجية:** يفضل المرشدون النفسيون ان يكون أعضاء المجموعة الارشادية متشابهون فيما بينهم خاصة فيما يتعلق بحالاتهم الزوجية اعتقادا منهم ان ذلك سوف يقلل من الاختلاف في نوع المشكلات التي جاؤوا من اجلها. ويوجد نوعا من التوافق فيما بينهم. ووجود انسجام بين الاعضاء يطور هوية مشتركة متآلفة بينهم بشكل اسرع مما لوكانو غير متآلفين.
- **الذكاء:** ولا بد من تجانس أعضاء الجماعة الإرشادية في القدرات العقلية فهذا التجانس يمثل عاملا مهما في تماسك أفراد الجماعة وفي تفاعلهم. خاصة إذا كان المرشد النفسي يعتمد طريقة المناقشة والحوار في جلساته الإرشادية.
- **طبيعة المشكلات التي يعانون منها:** ولا بد من تشابه المشكلات التي جاء أفراد الجماعة الإرشادية من اجلها. هذا التشابه يتيح للمرشد النفسي ويسهل عليه القيام بعمله الإرشادي لأعضاء متناسقين في قدراتهم متشابهين في مشكلاتهم. فلا يجوز مثلا وضع أحداث جانحين مع أفراد آخرين عصابيين.
- **أنماط شخصية الأعضاء:** ومن الضروري أيضا جعل المجموعة الإرشادية تضم عناصر مختلفة من حيث أنماط شخصيتهم. لان ذلك يحقق التوازن داخل الجماعة نفسها. مما يعطي الجماعة الحيوية والنشاط. إلا أن البعض يرى في تجانس أنماط شخصية الأعضاء تحقيقا لأهداف العملية الإرشادية وزيادة في عملية التفاعل بين أعضاء الجماعة أنفسهم.

(3) عدد اللقاءات الاسبوعية ومدتها:

يحتاج تحديد عدد اللقاءات الاسبوعية ومدتها الى اتفاق مسبق بين المرشد النفسي وأعضاء المجموعة الارشادية. بحيث يساعد هذا الاتفاق المرشد نفسي في تنظيم وقته وعمله ويحقق بالتالي الانسجام بين أعضاء المجموعة وتفعيل التعاون المشترك بينهم. ويشير عدد من المرشدين الى ان وجود لقاء واحد اسبوعيا بواقع 45 – 60 دقيقة للأطفال، وما بين 60 – 90 دقيقة للمراهقين، وما بين 90 – 120 دقيقة للراشدين. تكفي لتحقيق أهداف المجموعة الارشادية. واتخاذ القرارات المناسبة لها. بالرغم من ان فريقا آخر من المرشدين النفسيين يرى ان الجلسة الاسبوعية الواحدة ربما لا تكفي لاتخاذ القرارات المناسبة. وان الأمر يحتاج الى اكثر من لقاء في الاسبوع. ان وجود لقاء اسبوعي واحد يكفي في اجراء مناقشات مع الاعضاء ومراجعة ما

إرشاد الجماعات

تم من أنشطة وفعاليات ومراعاة ظروف أعضاء المجموعة والتزاما منهم في تحمل مسؤولية المحافظة على اللقاء في موعده المحدد.

(4) مكان اللقاء في الإرشاد الجماعي:

يتم تحديد اللقاء الإرشادي بالتنسيق مع المرشد النفسي وأعضاء المجموعة الإرشادية. واختيار غرفة كبيرة تتسع لوجود طاولات ومقاعد وأية أدوات تحتاجها الجلسة الإرشادية المقررة. ويمكن ان تكون قاعة الاجتماعات او قاعات الأنشطة المختلفة أو القاعة متعددة الأغراض في المؤسسات التعليمية المختلفة مكانا مناسباً للقاء المجموعة الإرشادية.

خامساً: قيادة المجموعة الإرشادية:

لكل مجموعة إرشادية قيادة تتمتع بمهام محددة تنتهي بتحقيق أهداف العمل الإرشادي. وقد حدد الباحثون صفات قائد المجموعة الإرشادية وشخصيته ومهامه الإرشادية وخصائصه.

(5 – 1) صفات القائد وشخصيته:

أشار اتحاد علماء النفس الأمريكيين إلى مجموعة من الصفات التي يجب ان يتميز بها المتخصصون في الإرشاد والعلاج النفسي وهي على النحو التالي (Corey,2005):

- قدرة عقلية متميزة، وقدرة جيدة على الحكم والتقدير.
- إبداع جيد وغيرة في المصادر العقلية العميقة.
- فضول قوي ورغبة صادقة وقوية في التعلم.
- حدس جيد، وتبصر جيد وروح دعابة جيدة.
- اهتمام بالأشخاص من حيث هم أفراد ويعد عن تقدير الدخل وجعله في المكانة العليا في عمل المرشد النفسي.
- حساسية مناسبة لتنوع الدوافع التي يمكن ان توجد وراء أعمال الآخرين.
- التسامح والبعد عن التكبر.
- القدرة على إقامة علاقات دافئة مع الآخرين.
- روح الجهد والاجتهاد والمثابرة.
- تحمل المسؤولية.
- التعاون واللباقة في المرشدة.
- ضبط النفس والثبات بالنسبة للشخصية ومواقفها.
- شعور عميق بالقيم الأخلاقية.
- اتساع في الأساس الثقافي.
- اهتمام عميق بعلم النفس عامة والجوانب الإرشادية بوجه خاص.

(5 - 2) مهمات قائد المجموعة الإرشادية:

حدد الباحثون مهمات قائد المجموعة الإرشادية في مساعدة افراد مجموعته الارشادية في النمو داخل نسق اجتماعي متماسق يسوده التعاون والاتصال من اجل التغلب على المشكلات التي جاء افراد المجموعة الارشادية لحلها والتخلص منها. وبصفة عامة فان مهمات قائد المجموعة الارشادية تتمثل في الآتي:

(1) تكوين المجموعة الارشادية والمحافظة على بقائها:

ان اول مهمة لقائد المجموعة الارشادية هو في تكوين المجموعة الارشادية واختيار أعضائها ضمن معايير محددة توصله الى توافق افرادها وتشابههم في نوعية الاضطرابات والمشكلات التي يعانون منها.

(2) البناء الثقافي للمجموعة:

وبعد ان يقوم قائد المجموعة الارشادية باختيار أعضائها يسعى قائد المجموعة بتكوين نظام اجتماعي ارشادي لها وضع دستوراً اخلاقياً ومعايير تحكم سلوك افرادها وأنشطتهم وإيجاد الاندماج الفعال بين افرادها. تحقيقاً للهدف الارشادي الذي تشكلت المجموعة الارشادية بناء عليه.

(3) التركيز على هنا والآن:

وعلى قائد المجموعة الارشادية التركيز على الموضوعات او المشكلات التي مرت به ويعاني منها اعضاء المجموعة ويشير الباحثون الى انه يجب ان يكون تركيز على أمرين هامين هما: ان يعيش اعضاء المجموعة الارشادية مع بعضهم البعض. وان يطوروا مشاعر قوية نحو بعضهم البعض. ونحو قائد المجموعة ايضا. وان يعبر كل واحد في المجموعة الارشادية عن مشاعره الحالية والتي تتيح حصوله وزملاؤه من اعضاء المجموعة على خبرة لا يمكن ان تنسى ما لم يحل محلها سلوك جديد.

(5 - 3) خصائص قائد المجموعة الإرشادية:

قائد المجموعة الارشادية شخص مهني يتمتع بكفاءة عالية ومهارة مطلوبة للقيام بالعمل الارشادي. ويتميز بعدد من الخصائص اثار اليها الباحثون في الآتي:

(1) الخصائص الشخصية:

ان من ابرز الخصائص التي يجب ان يتمتع بها قائد المجموعة الارشادية هي قدرته على تكوين علاقات جيدة مع اعضاء مجموعته. وان يساهم في تطوير هذه العلاقات بين الاعضاء في

إرشاد الجماعات

المجموعة الارشادية. وعليه ان يتمتع بالنضج والاعتزان والتفهم والاحترام والتقدير. وروح المبادرة في العمل والرغبة في مساعدة الآخرين وسرعة البديهة والتحمل. وقد اورد المؤلف سمات المرشد وخصائصه التي يجب ان يتمتع بها في موقع آخر من هذا المؤلف.

(2) المهارة والخبرة:

الخبرة الارشادية والمهارة عاملان مهمان جدا لنجاح المهمة الارشادية. وعلى قائد المجموعة الارشادية ان يكون مخططا جيدا للجلسات الارشادية بطريقة فعالة. ويقدم افكارا قيمة حول النشاطات والموضوعات المناسبة لتلك المجموعات.

(5 - 4) دور اعضاء المجموعة الإرشادية ومسؤولياتهم:

ان اعضاء المجموعة الارشادية هم افراد يشتركون في تحقيق نجاح العملية الارشادية. كما انهم يشتركون في فشلها بالأخذ والعطاء. فهم يستمعون لمشكلات بعضهم البعض ويقدمون التغذية المرتدة المناسبة لذلك. ويقومون بدور حيوي وهام في مساعدة بعضهم البعض في حل مشكلاتهم. ومشاركة كل عضو في المجموعة الارشادية عضوا آخر في المجموعة الارشادية ذاتها تساعد ذلك العضو في اكتشاف ابعاد في شخصيته لم تكن واضحة لديه من قبل. وبالتالي تتاح له فرصة استغلال ذلك من اجل احداث تفاعل جديد مع الاحداث المحيطة به.

من اجل ذلك. فان العمل بالمجموعة الارشادية يتطلب من كل عضو فيها ان يكون مسؤولا عن تنفيذ ما يتم الاتفاق عليه بين اعضاء المجموعة وعلى بقية الاعضاء تشجيعه في انجاز العمل الموكل اليه وتحمل المسؤولية. حيث تقع على عاتق المرشد توضيح مفهوم المسؤولية لكل عضو في المجموعة الارشادية وتشجيعهم على تحملها والمساهمة الايجابية في استمرار العمل بنظام في المجموعة الارشادية.

(5 - 5) دور المرشد النفسي في المجموعة الإرشادية:

يلعب المرشد النفسي دورا بارزا في الإرشاد الجمعي من حيث تهيئته للجو الإرشادي المناسب من الحرية والإصغاء والاهتمام بمشكلاتهم ومشاركتهم في المناقشة وإدارة الحوار وتفسير بعض السلوكيات وتقديم التفسيرات بشأنها. وكما ترى فان المرشد مهتم ببناء العلاقة الإرشادية المهنية مع اعضاء الجماعة الإرشادية قائمة على أساس من الدفء والفهم المتبادل بينه وبين الأعضاء. ومن خلال الجلسات الإرشادية يتدخل المرشد النفسي في حالات معينة لتفعيل العمل الإرشادي وزيادة التوافق بين اعضاء الجماعة الإرشادية يمكن تحديدها على النحو التالي:

- عندما يتحدث فرد باسم الجماعة.
- عندما يتكلم شخص في الجماعة نيابة عن شخص آخر.

- عندما يسعى احد الأعضاء إلى نيل موافقة القائد أو عضو آخر من المجموعة قبل أو بعد التحدث.
- عندما يقول احد الأعضاء "لن أصرح برأي فانا لا أريد أن أجرح شعور فلان.
- عندما يرى احد الأعضاء ان مشكلاته راجعة إلى شخص آخر.
- عند التحدث بطريقة تعوق تطور الذات. مثل: "سأنتظر فعل الزمن، أو: تغيير الحال من المحال.
- عندما يتضح التباين في سلوك الفرد وفي أقواله أو ما يقوله وما يفعله أو ما يقوله وما يشعر به أو ما يقوله العضو وبين ما يشعر به القائد أو ما يراه العضو في نفسه وما يراه الآخرون فيه.
- عندما يفرض عضو أجواء من الملل على الجماعة عن طريق التطويل والمبالغة في الحديث ولا بد للمعالج من التعامل مع الحالات الصعبة في الجماعة وبرز هؤلاء الأشخاص هم العضو الصامت (أو الجماعة الصامتة) التي يفتقر إلى الدافعية، والمنسحب والمحتكر.

(5 - 6) القيادة المشتركة للمجموعات الارشادية:

قد يحدث ان يتواجد العديد من المرشدين في المجموعة الارشادية على هيئة متدربين لحضور دورة تدريبية أو ورشة عمل يقوم مرشد خبير بتوجيه الجماعة الارشادية ومرشدين ملاحظين. وفي هذه تمثل القيادة المشتركة أداة تدريبية فعالة للمرشد الجديد. الا ان عددا من الباحثين يرى في هذه الخطوة فوائد واضحة للمسترشدين في المجموعة الارشادية ولقائد المجموعة. وان تجريب علاج متعدد قد يرى فيه المرشدون نماء واكتسابا جديدا للخبرة كما يرى فيه المسترشدون في المجموعة الارشادية اكتسابا جديدا للعملية الارشادية وفائدة كبيرة تساعد في حل مشكلاتهم.

ويمكن للقيادة المشتركة في المجموعة الارشادية الافادة من استبصارات كليهم وادراكاتهم المختلفة في حل مشكلات المسترشدين. وهم انما يكملون بعضهم بعضا في الاستفادة من قوة المرشدين القياديين في القيادة المشتركة. كما يمكن ان تخدم القيادة المشتركة كنموذج للاتصال بين المرشدين القياديين وبين أفراد المجموعة. ويمكن ان تزود القيادات المشتركة بالتغذية المرتدة ومناقشة الاجراءات التي تتخذ في المجموعة الارشادية. ومن خلال الملاحظة والتعلم يمكن للقيادة المشتركة تنمية خبراتهم.

(5 - 7) قواعد وأخلاقيات العمل في المجموعة الإرشادية:

للعمل في المجموعة الإرشادية ضوابط ومعايير معينة تحدد مسارات العمل والكيفية التي يقوم عليها العمل الإرشادي. وتتمثل أهم قواعد وأخلاقيات العمل في المجموعة الإرشادية ما يلي:

(1) حرية المشاركة:



ان مشاركة أي عضو في المجموعة الإرشادية يمثل عملاً اختيارياً لا إجبار فيه. وأن انضمام أي عميل (مسترشد) لأي مجموعة إرشادية يكون بمحض إرادته ورغبة أكيدة منه. ولكن لا يمنع أن يسعى المرشد في اقناع الأفراد بالانضمام إلى

المجموعة الإرشادية إذا وجد المرشد أنه يستطيع أن يساعد ذلك الفرد في تجاوز ما يعانيه من مشكلات. ولا شك أن المرشد يعطي حرية البقاء أو عدمه للمسترشد بعد حضوره عدة جلسات ويترك له أمر البقاء أو عدمه قبل أن تنتهي المجموعة من تحقيق أهدافها. وقد أشار كوري إلى هذه المسألة ورأى بأن على المرشد أن يوضح كل الاعتبارات الواجب مراعاتها بعمل المجموعة الإرشادية خاصة ما يتعلق منها وأن على المسترشد أن يناقش الأسباب التي تدعوه إلى ترك المجموعة الإرشادية مع المرشد وأعضاء المجموعة الإرشادية مع احترام ما دار من أحاديث وأنشطة داخل المجموعة الإرشادية وعدم إفشاء معلومات حولها.

(2) السرية:

ان أهم عنصر من عناصر العمل في المجموعة الإرشادية السرية التامة لما يدور بين أفرادها من مشاعر وأفكار وأنشطة مختلفة حتى يشعر عضو الجماعة بالأمان والحرية في طرح أفكاره والتعبير عن مشاعره دون خوف أو جمل. وعلى جميع أعضاء المجموعة الإرشادية أن تحرص على عدم كشف أي من الموضوعات التي تتم مناقشتها ومداولتها داخل المجموعة الإرشادية. وينبذ المرشد أعضاء مجموعته بين الحين والآخر إلى الالتزام بالسرية التامة للعمل الإرشادي. إذ أن إفشاء الأسرار يمكن أن يضعف أداء المجموعة ويحرم أعضاءها من المشاركة بإيجابية وحرية. بالإضافة إلى ما قد يحدث من تصعيد لما عاناه الفرد لمشكلاته.

(3) المسؤولية المقيدة:

في الارشاد الجمعي هناك اهداف هامة مشتركة لجميع افراد المجموعة الارشادية. واهداف أخرى خاصة تتعلق بكل عضو من اعضاء المجموعة الارشادية. وتحقيق هذه الاهداف يتطلب توزيع المرشد للمسؤوليات بين اعضاء المجموعة الارشادية والتزام كل واحد منهم بتنفيذ ما يوكل اليه من عمل دون تقييد لعمله. وربما يشارك عضو في المجموعة زملاءه الآخرين عملهم. الا ان تنظيم عمل المجموعة الارشادية ضرورة يفرضها العمل الارشادي من اجل تحقيق اهداف المجموعة.

(4) الاحترام المتبادل بين اعضاء المجموعة الارشادية:

ربما تتشكل المجموعة الارشادية من اعضاء يأتون من مناطق مختلفة وذات خلفيات اجتماعية وثقافية واقتصادية متباينة. كما ان السمات الشخصية لكل واحد منهم تختلف فيما بينها. مما يجعل من مهمة المرشد النفسي في العمل الارشادي مهمة صعبة نتيجة عدم التوافق بين افراد المجموعة الارشادية كما ان التوافق والوئام يكون صعبا في بدايات العمل الارشادي. وهنا تبرز قدرة قائد المجموعة الارشادية في تحقيق التعاون المشترك وبناء العلاقة الايجابية بين الاعضاء. مع التأكيد على احترام المرشد للمسترشدين فردا فردا. واحترام المسترشدين بعضهم بعضا. وان يحافظوا على خصوصيات كل واحد منهم تحقيقا للأهداف التي جاؤوا من اجلها.

(5) حفظ حقوق اعضاء المجموعة الارشادية:

ان من اخلاقيات العمل في المجموعة الارشادية ان يحفظ كل عضو في المجموعة الارشادية حقوق زملائه الآخرين في المجموعة في اختيار الاسلوب الذي يراه مناسبا له في حل مشكلاته والتعبير عن رغباته وعدم كشف ما لا يريد كشفه. ولا بد ان يوضح المرشد اهمية حفظ حقوق الاعضاء وحريتهم في التعبير وابداء الرغبات. وان لكل واحد في المجموعة الارشادية مطلق الحرية في ان يقول ما يريد ويتوقف عن قول ما لا يريد.

(6) اخلاقيات المرشد النفسي في المجموعة الارشادية:

ومن اساسيات العمل في المجموعة الارشادية توفر اعتبارات يفرضها العمل الارشادي على المرشد الذي يقود العملية الارشادية الجمعية. اضافة الى اخلاقيات العمل الارشادي بشكل عام والتي وردت الاشارة اليها في موقع آخر من هذا المؤلف. وقد اشار كل من الرشيد والساهل (2000) الى عدد من الاخلاقيات التي تتعلق بقائد العملية الارشادية في الارشاد الجمعي تمثلت في الآتي:

إرشاد الجماعات

- قبول المسؤوليات القانونية والأخلاقية المترتبة على كونه قائدا لعملية الإرشاد الجماعي.
- العمل على تطوير أساليب واقعية تتناسب مع عمل المجموعة تسمح بتحديد واضح لأهداف يمكن تحقيقها.
- استخدام أقصى الامكانيات المتاحة وخبراته ومهاراته الشخصية لتحقيق أهداف المجموعة الإرشادية.
- مراعاة حدود الامكانيات الشخصية وعدم استخدامها لتحقيق أهدافه الشخصية.
- توجيه المجموعة الإرشادية لتحقيق الاستفادة القصوى من خبراتهم في المجموعة الإرشادية.
- عدم استخدام أي أسلوب من أساليب الإرشاد الجماعي المعروفة إلا بعد التأكد من استعداد أعضاء المجموعة لتقبل الأسلوب والعمل بموجبه.
- حماية حق كل عضو لا يرغب بالمشاركة في أي من أساليب الإرشاد الجماعي المطروحة.
- أن يظهر المرشد الاحترام في إجاباته للمجموعة الإرشادية ككل ولكل عضو فيها. عندما يطرحون عليه الأسئلة.
- عدم إساءة أو استغلال أي عضو سواء نفسيا أو بدنيا.
- أن يستخدم خبرته في بناء علاقة ثقة وانفتاح واحترام وقبول وانسجام بين أعضاء المجموعة الإرشادية.
- العمل بكل جهد ممكن على توفير السرية والخصوصية من خلال التحضير المبني للأعضاء قبل انضمامهم للمجموعة.
- تقديم المساعدة والدعم لكل عضو من أجل نموه وتطوره كنتاج للخبرة التي يكتسبها في العملية الإرشادية.

سادساً: أساليب الإرشاد الجماعي وفنياته:

عزيزي الدارس: مرمعك في الوحدة الثانية عدد من طرق الإرشاد والعلاج النفسي والتي يمكن تصنيف أساليب الإرشاد النفسي فيها إلى فئتين اثنتين هما:

(6 - 1) الإرشاد الجماعي المتمركز حول المجموعة الإرشادية:

Group-Centered counseling:

يعد كارل روجرز (Rogers) صاحب نظرية الإرشاد المتمركز حول الحالة. ويقوم هذا النوع من الإرشاد الجماعي على اعتبار أن المسترشدين هم محور العملية الإرشادية. وأنهم مسؤولون بالدرجة الأولى عن حركة المجموعة والأهداف التي تريد تحقيقها. وأن أعضاء المجموعة يحضرون مع بعض في بداية الأمر دون سابق معرفة. وهم في حالة من القلق العام نتيجة لهذه الخبرة الجديدة. ويرى روجرز بأن ما يظهره الأعضاء في الجلسات أم الآخرين ما هي إلا صورة زائفة

Facades masks لشخصياتهم. الا انه مع استمرار الجلسات الارشادية وتتابع اللقاءات بين اعضاء المجموعة الارشادية وما يحدث من تفاعل مع بعضهم البعض تبدأ الثقة تأخذ طريقها في



نفوسهم. ويعتقد روجرز ان الدور الحقيقي للمرشد يعتمد على تسهيل مهمة المسترشدين في قيادة انفسهم وتطوير مهاراتهم وايجاد حلول لمشكلاتهم. وأن يكون

قدوة للمسترشدين في تعلم العديد من المهارات التي يحتاجونها لتطوير انفسهم. وتقديم التغذية الراجعة واظهار التعاطف والدعم للآخرين بطريقة ايجابية من خلال توفير الظروف البيئية والنفسية الآمنة لكل اعضاء المجموعة الارشادية.

(6 - 2) الارشاد النفسي الجمعي المتمركز حول المرشد (الارشاد الموجه):

يتركز هذا النوع من الارشاد الجمعي على المرشد النفسي باعتباره محور العملية الارشادية وتوجيه حركة المجموعة الارشادية وتشجيع التفاعل بين اعضائها وصولاً بهم نحو تحقيق اهداف الارشاد والمرشد في هذا النوع من الارشاد يحدد اسلوب العمل واختيار اساليب الارشاد المناسبة لها. وعلى المرشد ان يقوم بتسهيل مهمة المسترشدين من خلال توفير بيئة آمنة ومساعدتهم على الاستبصار بالجوانب الايجابية والسلبية في شخصياتهم وتشجيعهم على التعلم من بعضهم البعض لتحقيق الاهداف المأمولة.

(6 - 3) معايير استخدام اساليب الارشاد الجمعي:

يسعى المرشدون النفسيون ان يضعوا في اعتبارهم عددا من المعايير التي تحدد استخدامهم لأساليب الارشاد النفسي الجمعي المختلفة (زهران، 2005):

- مدى التشابه والاختلاف لدى اعضاء الجماعة ومشكلاتهم النفسية من حيث الجنس والسن والمستوى الاجتماعي والاقتصادي. ونوع المشكلات.
- طريقة تكوين الجماعة. هل روعي في تكوينها بناء العلاقات الاجتماعية ام انها تشكلت عشوائيا.
- مدى التركيز على دور المرشد او دور العملاء والطريقة التي يتبعها المرشد في عملية الارشاد.

إرشاد الجماعات

- مدى استغلال دينامية الجماعة في عملية الإرشاد من حيث ترك المجال للتأثير التلقائي الحرا أو التأثير في شكل تلقين يقوم اعداد سابق.
- حدود الانفتاح أو الانغلاق من حيث اشراك آخرين في عملية الإرشاد أو جعل جلساتها مغلقة تضم المرشد والعملاء فقط أم غير ذلك.
- نوع النظرية التي يتبعها المرشد من حيث التركيز على دينامية الجماعة أو على شخصيات الافراد.
- المكان الذي تتم فيه الجلسات الارشادية. في العيادة أم في مركز الارشاد أم غير ذلك.

(4 - 6) فنيات الإرشاد الجماعي ومهاراته:

(1) التمثيل المسرحي (السيكودراما Psychodrama):

ابتكر أسلوب التمثيل النفسي المسرحي يعقوب مورينو Moreno في فيينا عام 1921 وهو عبارة عن تصوير تمثيلي مسرحي يقوم بها العملاء لمشكلات نفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي للعملاء.

يتكون التمثيل النفسي والمسرحي من العناصر الرئيسية التالية:

- المسرح: بحيث يكون ذا مساحة تسمح بحركة أبطال المسرحية ومخرجها والافراد الذين يشاركون العمل.
- المسرحية/ التمثيلية: يقوم بها العملاء انفسهم مسبقا. وقد يكون التأليف تلقائيا حسب ما يقتضيه الموقف وقد يساعد المرشد في تأليف المسرحية/ التمثيلية أم الحوار الذي يدور بين الممثلين فيترك ذلك لتلقائية وابتكار العملاء اثناء التمثيل.
- المخرج: وهو الذي يقوم بكل من: دور المنتج والحافز والمشهد والمحلل ويساعد في اختيار الممثلين وابطالها.
- بطل المسرحية: وهو الشخص الذي تختاره المجموعة بمساعدة المخرج لاختيار اعضاء المجموعة التي تشاركه في التمثيل. والبطل هو من يختار الحادثة التي ستتم معالجتها على المسرح.
- الذات المساعدة: وهم اعضاء من المجموعة يقومون بمساعدة بطل المسرحية في القيام بأدوار رمزية. مثل الاب والام والزميل. كما يقوم البطل بتزويدهم بالمعلومات اللازمة عن هؤلاء الاشخاص الذين سيقومون بلعب ادوارهم على المسرح.

ويعد التمثيل النفسي المسرحي من أكثر أساليب الإرشاد النفسي الجمعي شهرة. حيث يتميز بـ:

- حرية السلوك لدى الممثلين (العملاء) وتلقائيتهم.
- يتيح التداعي الحرو والتنفيس الانفعالي حين يعبرون في حرية تامة في موقف تمثيلي فعلي عن اتجاهاتهم ودوافعهم وصراعاتهم واحباطاتهم.
- يؤدي الى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الاجتماعية
- يرى فيه عدد من المنظرين ابتكارا من اهم الابتكارات الثورية في الارشاد والعلاج النفسي؟
- يكشف التمثيل عن جوانب هامة من شخصية العميل ودوافعه وحاجاته وصراعاته ودفاعاته ومشاعره مما يفيد في فهم ودراسة الحالة وفي عملية الارشاد.
- يدور موضوع قصة التمثيل المسرحي عادة حول خبرات العميل الماضية والحاضرة، والمستقبلية التي يخافها ويحتمل ان يواجهها مستقبلا. من اجل التنفيس الانفعالي وحل الصراع وتحقيق التوافق النفسي ومواقف متخيلة غير واقعية وأخرى تهدف الى تشجيع فهم الذات بدرجة أفضل.
- يمكن تسجيل التمثيل المسرحي بحيث يتيح للمرشد والعملاء فرصة سماعها ومشاهدتها بعد ذلك من اجل الاستزادة والنقد الذاتي وتحديد مدى التقدم في عملية الارشاد.

(2) المحاضرات والمناقشات الجمعية:

يغلب على هذا الأسلوب المناخ شبه التعليمي يلعب فيها عنصر التعليم واعادة التعليم دورا رئيسيا فيه. حيث يعتمد اساسا على القاء محاضرات سهلة على العملاء يتخللها ويليها مناقشات تهدف الى تغيير اتجاهات العملاء. ومن رواد هذا الأسلوب مكسويل جونز Jones وكلابمان Klapman الذي استخدم أسلوب المحاضرات والمناقشات أثناء الحرب العالمية الثانية بحيث يقرأ كل عميل من المحاضرة فقرة ويلخصها ويعلق عليها ويناقشها الجميع مناقشة حرة. أما عن موضوعات المحاضرات والمناقشات فتشمل عددا من الموضوعات التي تهم العملاء وتفيدهم في تحقيق التقدم المأمول في عملية الارشاد ومن هذه الموضوعات: الصحة النفسية والمرض النفسي واسبابه واعراضه والعلاقات المتبادلة وعمل الجهاز العصبي وتأثير الحالة الانفعالية على الجسم. وغيرها. مما يساعد في تحقيق اهداف عملية الارشاد. ويعد هذا الأسلوب احد أساليب الارشاد الجمعي التعليمي.

1. فنية الانصات Listening technique:

يقصد بفنية الانصات العملية العقلية التي يتم بها الاستماع بايجابية للآخر وتركيز انتباهه على ما يقوله او يفعله. ويستدل على سلوك الانصات من حركة العين وتركيزها والايماز والكلمات القصيرة التي يحدثها المسترشدون. ويعتبر انصات الاعضاء فرصة للتعبير عن مشاعرهم وافكارهم واظهار موافقتهم او عدم موافقتهم على ما يقال او تسجيل نقاط للمناقشة بعد انتهاء المتحدث من كلامه او افعاله. وحتى يكون الانصات فعالا فانه يجب على المستقبل الاحتفاظ بالهدوء ويواصل الانتباه والمتابعة ويتقبل الاراء التي تتعارض معه واختيار الوقت المناسب الذي يطرح فيه اسئلته او طلب الاستفسار عن اشياء غامضة. وعلى المتحدث كذا ان يتوقف عن الكلام قليلا كي يعطي الفرصة للآخرين ليتحدثوا مثله.

هذا، وتوجد قواعد تحكم قواعد الانصات الفعال تتمثل في الاتي:

- الاستعداد الجسمي والعقلي والنفسي للاعضاء للانصات.
- تحديد الهدف من الانصات ومعرفة المسترشدين بها.
- التركيز على: موضوع الانصات ومحتواه وعدم الانشغال بموضوعات خارجية ليس لها علاقة بموضوع الانصات والافكار المهمة والتي تحتاج الى مناقشة.
- تحديد الوقت المناسب لمواصلة الانصات.
- ضرورة ان يلي الانصات التغذية الراجعة من الاعضاء ومن المرشد النفسي حيث يتم طرح الاسئلة والافكار الجديدة او طلب توضيح اشياء معينة في موضوع الانصات.

الا ان لهذه الفنية معوقات يمكن اجمالها في الاتي:

- ضغط الوقت حيث لا يسمح الوقت لكل الاعضاء التحدث او مواصلة الانصات.
- عدم مصداقية المتحدث. فالاعضاء قد لا يتواصلون معه عندما يشعرون بان هناك تناقضا بين اقواله وافعاله او عندما يعرض على الحضور معلومات غير صحيحة.
- وقد نجد ان بعض الحضور يختار ما ينصت اليه من معلومات يقدمها المتحدث ويترك الباقي (الانصات الانتقائي Selective listening).
- وقد يتحدث العضو المشارك في الجلسة الارشادية ويطلب من بقية الحضور الاستماع اليه. وربما يرغب في الحديث طول الوقت ولا يسمح للآخرين بالتحدث مثله. (الانصات من خلال اتجاه واحد One – way communication).

2. فنية التساؤل Questioning technique:

تشير فنية التساؤل الى التفاعل الذي يحدث بين اعضاء المجموعة الارشادية بعضهم ببعض وبينهم وبين المرشد النفسي فالمحادثة لا تخلو عادة من سؤال موجه واستجابة. ويمكن في فنية التساؤل استخدام الاسئلة المفتوحة كأن نقول: ما هو شعورك الان؟ او الاسئلة المغلقة / المقيدة كأن نسأل: اين تذهب بعد انتهاء الجلسة؟ ولكل من الطريقتين مزاياه الخاصة.

فالاسئلة المفتوحة تساعد على افتتاح الجلسة وتعطي فرصة للمسترشد كي يعبر عن مشاعره واتجاهاته كما تتيح فرصة للمسترشدين على التركيز على فكرة محددة وعلى استخلاص فكرة او اتجاه ما من خلال طلب توضيح لذلك. بينما تغطي الاسئلة المغلقة او المقيدة موضوعات كثيرة اثناء الجلسة وتسهل على المشتركين الاطلاع على الاجابة عنها وتمكن المرشدين في الوقت نفسه من مقارنة استجابات المسترشدين في مواقف مختلفة او مقارنة استجابات المسترشدين في الوقت نفسه

وعند استخدام فنية التساؤل، فانه لا بد من الاخذ بعين الاعتبار للنقاط التالية: (سعفان، 2006):

- اختيار الوقت المناسب وعدم مقاطعة المتحدث من اجل طرح السؤال.
- استغلال وقفات المرشد من اجل طرح السؤال.
- التأكد من ان المسترشد مهيء للاستجابة.
- الا يكون السؤال بعيدا عن موضوع المحادثة.
- ان يتروم السؤال من حيث الصياغة والمحتوى مع ثقافة المسترشد.
- ان يوجه السؤال لكسب معلومات جديدة مرتبطة بالموضوع.
- تجنب الاسئلة التي تحمل في طياتها التوبيخ واللوم والاتهام.

3. فنية المناقشة الجماعية Group discussion technique:

تعرف المناقشة بأنها نشاط جماعي منظم يدور حول موضوع ما يتم بالتفاعل اللغوي اللفظي (الكلامي) بهدف وتبادل الاراء واتخاذ القرارات المرتبطة بموضوع المناقشة. وتتميز بتبادل الادوار حيث يكون العضو مستمعا بعض الوقت ومتحدثا البعض الاخر مما يساعد على المشاركة الجماعية في المناقشة والتفاعل الايجابي بين اعضاء الجماعة. كما يستطيع كل عضو في الجماعة التعبير عن مشاعره وافكاره.

إرشاد الجماعات

وتبرز أهمية المناقشة في أنها تثير الفكر امام الاعضاء من خلال معرفة وجهات النظر المختلفة وتساعد في معرفة حوانب المشكلة والتخطيط للبرنامج وتنفيذه وتقويمه. ومن خلال



المناقشة الجماعية يقيم كل عضو ذاته من خلال تفاعله مع الآخرين وردود افعالهم تجاهه. وبالتالي يستطيع ان يتعرف على اتجاهاته نحو الآخرين الآخرين واتجاهات الآخرين نحوه ويكتشف قدراته ويعيد فهمه لخبراته الخاصة من خلال التغذية الراجعة. والقرارات التي يتم الوصول اليها من خلال المناقشة الجماعية تصبح ملزمة

للاعضاء مما يزيد من شعورهم بالمسؤولية الجماعية. وذلك كون المناقشة الجماعية تمثل حوارا متبادلا بين الاعضاء وهي بمثابة موقف تعلم يتم من خلاله التعاون مع الآخرين وتقبلهم والتعاطف معهم.

4. المواجهة Confrontation technique:

يستخدم المرشد النفسي فنية المواجهة عندما يريد جذب انتباه المسترشد الى التباين في افكاره وافعاله دون ان يلتزم بتقديم تفسير لهذا التباين. وتهدف المواجهة اساسا الى مساعدة المسترشد على ان يكتشف معوقات النمو والتوافق وذلك عندما لا تتفق الاقوال مع الافعال او يوجد تباين كبير بين القدرات والطموحات.

5. الاقناع Consultation technique:

يمارس المرشد النفسي فنية الاقناع بحكم خبراته واعداده المهني وخلفيته المهنية الثقافية بالنظريات الارشادية التي تعتمد على فنيات ارشادية تقوم على ممارسة فن المنطق كالنظرية المعرفية لببيك والنظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لالبرت اليس وغيرها.

والاقناع على عكس الايحاء يحتاج الى ممارسة المنطق وقوانين الفكر ويترتب على ذلك ان الهدف من الايحاء استقبال المسترشد للرسالة باستنتاج جاهز. اما الهدف من الاقناع فهو ان يبذل المسترشد كل ما في وسعه لاستخلاص النتيجة من خلال المناقشة الجماعية والاسئلة التي تطرح ومراجعة التباين في افكاره وافعاله واستخدام باقي الفنيات التي تحتاج الى ممارسة العمليات العقلية.

تبرز أهمية استخدام فنية الاقناع في الارشاد كالتالي:

- تجنب الخطأ: ويتم عن طريق تركيز المرشد النفسي الانتباه في الاشياء نفسها التي يود اقناع المسترشد بها؟
- ارجاء الحكم عندما لا يتوفر لديه الادلة الكافية.
- عدم اقحام الافكار على المسترشد: وهنا يتم التركيز على التعلم الذاتي ووسائل حل المشكلة.
- التخلي عن اساليب التفكير التي تؤدي الى التمسك بالافكار اللاعقلانية: ومن هذه الافكار التخلي عن قاعدة اما او الحكم في ضوء القاهدة وكشف التناقض والتخلي عن طلب الحقيقة.

(3) النادي الإرشادي:

يعتمد هذا الاسلوب على النشاطات العملية والترويحية كالرياضة والموسيقى ومشاهدة الأفلام والتمثيليات. للأشخاص الذين لا يرغبون في التردد على العيادات النفسية او مراكز الارشاد. وهذا النوع من الارشاد الجمعي مفيد للأفراد الذين يعانون من الصعوبة في تكوين علاقات شخصية مع الآخرين. ومع الذين يعانون من رفض او حرمان اسري أو مدرسي او من المحيط الذي يعيشون فيه. ويعد سلافسون Slavson من رواد هذا الاسلوب في الارشاد. وتسير جلسات هذا الاسلوب من الارشاد في جو اجتماعي نفسي مناسب. تبدأ في العادة بنشاط رياضي أو فني أو مشاهدة فيلم أو تمثيلية. تتناسب وما يعانيه العملاء من مشكلات. وبعد ذلك يجلس الجميع لتناول الطعام والشراب معا. ويتناقشون فيما راه من موضوعات. ويكون دور المرشد في غالب الاحيان محايدا. لكنه يشاركهم في الأنشطة التي يتم تنفيذها من قبل العملاء. ويتناول ما قد يظهر من قبل العملاء من سلوك منحرف بالتعديل والتصحيح اثناء تنفيذ النشاط.

يتميز هذا الاسلوب بأن العميل يحدث انعطافا من السلوك الي يعبر عن مستويات المشكلة التي يعاني منها بشكل تلقائي. كما ان وجود امكانيات الالعاب المختلفة تتيح للعميل فرصة التنفيس الانفعالي والرغبة في تفريغ نزعاته العدوانية. وتنمو من خلال النشاط الاهتمامات ويتحسن التوافق الاجتماعي وتنمو الصداقات الاجتماعية داخل وخارج الجماعة. ويتضاءل الخجل والانطواء والانسحاب. ويختفي التوتر والخوف وتزداد ثقة العميل بنفسه وبالأخرين.

(4) الارشاد باللعب Play counseling technique

الارشاد باللعب طريقة منظمة للحصول على التبصر والوعي بعالم الشخص أو صورته الذاتية. وقد استخدمت مدرسة التحليل النفسي اللعب كوسيلة ارشادية لتفسير الدوافع اللاشعورية عند الفرد. وأكدت آنا فرويد على أهمية العلاقة بين المعالج والشخص خاصة في المراحل الأولى لعملية الارشاد والعلاج النفسي. وبينت أن هذه العلاقة هامة جدا في تحويل ايجابي قوي لسلوك الفرد وتطوره. كما اشارت ميلاني كلين Melanie Klein الى أن وراء كل لعب معنى رمزي وأن اللعب التلقائي عند الاطفال إنما هو بمثابة تداعي حر Free association عند الكبار. وأن الاطفال يملكون القدرة على حل مشكلاتهم الخاصة باللعب.

وقد اهتم الارشاد النفسي باللعب باعتباره احد الاساليب الهامة التي يمكن من خلالها تحقيق النضج الاجتماعي والمساعدة في اكتشاف بيئة الطفل والتفاعل معها (Mash & Wolfe, 2002). وهو من الناحية الجسمية أداة تساعد في نمو الجسم وتدريب اعضائه. واكسابها مهارات حركية ذات اهداف تربوية. كما تساعد في تطور الجانب الانفعالي للطفل واتزانه وتخليصه من بعض حالات التوتر والقلق والاضطرابات والنزعات العدوانية والكبت والحرمان وتبعده عن تركزه حول ذاته.

يؤكد إيرنست Ernest أن الألعاب تعمل على تحسين استراتيجيات حل المسألة كما أنها تسعى إلى تعزيز تلك الاستراتيجيات التي تتضمنها. ويبين الباحثون هنا أن أسلوب اللعب له علاقة وطيدة بمهارات المتعلم في حل المسألة التي تتمثل في: مهارات القراءة؛ وأن هناك ارتباطاً قوياً بين مهارات قراءة المسألة والقدرة على حلها. ومهارات التفسير؛ فالتعرف على المسألة وخصائصها والمعلومات التي تكمن فيها يعتبر ذا أهمية بالغة للانتقال إلى الخطوة التالية (Maletsky, 1982). ومهارات التنظيم؛ من حيث تحديد المعلومات اللازمة والمعلومات وثيقة الصلة وتحديد الخطوات الوسيطة. ومهارات التفكير في الحل؛ من خلال الاستخدام الفعال لأنواع مختلفة من الألعاب والألغاز والأنشطة الأخرى (Johnson & Johnson, 2009). ومهارات اتخاذ القرارات؛ التي ترتبط بشكل وثيق بعملية حل المسألة بحيث تتطلب من اللاعبين اختيار أو اقتراح البديل الأفضل من بين عدة بدائل متنافسة ومتوافرة والبديل الأفضل هو القرار (شطي وبلقيس، 1989). ومهارات التنبؤ ببعض القواعد والقوانين اللازمة لحل المسألة؛ فالقانون يمثل علاقات ثابتة بين مفاهيم مختلفة يستعين بها الطفل للقيام بأداء منظم لحل مشكلة ما أو تفسير ظاهرة أو التنبؤ بالسلوك. ومهارات تقييم الاستراتيجية؛ الأمر الذي يساعد على تعديل الاستراتيجيات المستخدمة في حل المسألة المتضمنة في الألعاب فنجاح الطفل أو فشله في حل المسألة يعتمد بالدرجة الأولى على الاستراتيجية المستخدمة ومدى ملاءمتها لخصائص الموقف المشكل (Krulik & Rudnick, 1983).

ويجسد اللعب المجردات ويقربها إلى ذهن المتعلم ويربطها بالحياة الواقعية التي يعيش فيها الأمر الذي يجعله يعي القيمة الحقيقية للعب والفائدة العملية من استخدامه. وعن طريق ممارسة اللعب يكتسب الكثير من الخبرات ويتعرف إلى بيئته بشكل عفوي مدفوعا بميوله وحاجاته مستخدما حواسه في التعلم. وينسجم أسلوب اللعب في مفهومه ومنطلقاته مع التربية المستمرة:

ويسعى اللعب إلى إكساب المتعلم المعلومات والمهارات ليس فقط في حدود المدرسة وفي فترة وجوده فيها بل أيضا عندما يتواجد في البيت مع أسرته وفي الشارع مع أقرانه. ويركز على إحداث التفاعل النشط بين المتعلم والألعاب التي يمارسها وهو بذلك يلبي متطلباته الذاتية بعيدا عن التلقين (Jones, 1982). وينقل المتعلم من التعليم المدرسي إلى التعليم العملي في المجتمع دون ارتباط بالزمن أو نوعية اللعب التي ترتبط بشكل وثيق بالبيئة التي يعيشها المتعلم في كثير من الأحيان (Kerviel, 1990).

وفي ظل التعلم المستمر مدى الحياة يمكن أن يتم التعلم دون التقيد بشكل المبنى المدرسي أو هندسته: ولهذا أصبح الاهتمام بالأبنية المدرسية أمرا غير مرغوب فيه تربويا. وتبين نتائج الدراسات الحديثة (ابراهيم، 2003) أن التعلم في الهواء الطلق أفضل بكثير من التعلم الذي يتم داخل حجرات الدراسة. كما يتفق أسلوب التعلم باللعب مع مفهوم التربية المستمرة في استخدام تقنيات التعليم في مجال التعلم.

واللعب يجعل المتعلمين يندفعون بقوة نحو التحصيل والتعلم وتتكون لديهم اتجاهات إيجابية نحو الموضوعات الدراسية المتعلمة الأمر الذي يؤدي بالضرورة إلى المشاركة الفاعلة في إنجاز الأهداف التعليمية المأمولة وفي حالة استخدام أسلوب اللعب فإنه يمكن استثارة دافعية المتعلم من خلال التقييم المستمر (Williams, 1986). وكسب اللعبة (Eade, 1988). والتحدي: فالألعاب الجيدة هي التي تجعل المتعلم في حالة تحد باستمرار وتجعله يذهب إلى ما بعد المعلومات التي يكتسبها من تنفيذ تلك الألعاب أو التي يمكن أن يكتشفها بعد الانتهاء من ممارستها (Joyce & Wail, 1980). والمنافسة الإيجابية (Jenson, 1981). والتعزيز الفوري: بحيث يقوم المعلمون بتوجيه تحركات المتعلمين نحو الهدف المنشود معززين كل تحرك إيجابي يستطيع فيه المتعلم اكتشاف قاعدة أو قانون ما. مما يدفع المتعلم نحو مواصلة السير في تنفيذ اللعبة بنشاط واهتمام متزايدين. (Jonson, 1987).

ويؤثر التعلم في موقف أو في شكل من أشكال النشاط في قدرة المتعلم على التصرف في مواقف أخرى أو في قدرته على القيام بأنواع نشاط آخر. إلا أن فعالية أسلوب التعلم باللعب في نقل أثر التعلم إلى مواقف تعليمية جديدة يتوقف على كل من: إتقان قواعد اللعبة (Krulik &

إرشاد الجماعات

(Rudnick 1983). والعلاقة بين الحركات: أي إدراك المتعلم لجميع التحركات التي يقوم بها أثناء ممارسته للعبة الأصلية وعلاقة تلك التحركات ببعضها البعض مما يضفي معنى للمواقف المتعلمة. الأمر الذي يسهل انتقال أثر التعلم إلى مواقف أخرى (Scheer, 1985). والتماثل في الاستراتيجيات: فكلما زادت عناصر التماثل أو التشابه بين استراتيجيات لعبة ما ولعبة أخرى جديدة زاد انتقال أثر التعلم إلى تعلم استراتيجيات اللعبة الجديدة. والرغبة في اللعب: فرغبة المتعلم في ممارسة الألعاب تؤثر بصورة أو بأخرى على انتقال أثر التعلم إلى مواقف أخرى. فإذا كان لدى المتعلم اتجاه إيجابي نحو ممارسة ألعاب معينة. فإن ذلك سوف يؤدي بطبيعة الحال إلى الانتقال الإيجابي إلى مواقف تعليمية أخرى والتنوع في اللعب ذاك أن ممارسة المتعلم لمهمة تعليمية توفرها لعبة ما في مواطن مختلفة ومتنوعة يؤدي ذلك إلى زيادة وعيه بتلك المواطن وفهمه لها الأمر الذي يسهل من انتقال أثر المهمة التعليمية إلى عدة مواقف جديدة

ويهدف الارشاد النفسي باللعب الى تحقيق الجوانب الرئيسية التالية (Thompson, et al., 2004):

- التشخيص والفهم: بحيث يلاحظ المرشد النفسي تفاعلات الشخص وكتبته ومعتقداته وتعبيرات مشاعره وافكاره. ومن خلال الملاحظة العلمية الدقيقة تلك يمكنه التوصل الى فهم طبيعة المشكلة وتشخيصها.
- بناء علاقة مهنية: ومن خلال اللعب فانه يمكن للمرشد النفسي بناء العلاقة المهنية اللازمة للعمل الارشادي.
- تعلم طرق جديدة والتصرف اليومي: فالبعض يحتاج الى مهارات اجتماعية تساعد على التوافق مع بيئتهم تلك المهارات التي يفقدها العديد من الافراد الذين نمت لديهم الشعور بالقلق حول ادائهم اليومي.

هذا، ويمكن تحديد دور المرشد النفسي في الارشاد باللعب بما يلي:

- ايجاد جو من الحرية. يستطيع الطفل من خلاله التعبير عن مشاعره بحرية ودون خوف او وجل.
- مساعدة الطفل في تركيز مشاعره. وتطويرها من حالة توتر داخلي الى مشاعر معروفة المعاني والاتجاهات.
- الحفاظ على سرية المعلومات التي يحصل عليها المرشد.
- بناء علاقة ارشادية ايجابية تتسم بالدفء والود والتقبل حتى يشعر الطفل بالأمن والراحة. وعندها لا يستخدم الطفل دفاعاته التي غالبا ما يستخدمها في البيئة غير الامنة.

- توظيف الألعاب بما يتناسب وحالة الطفل والموقف الارشادي.
- متابعة الطفل أثناء اللعب مع الاطفال الآخرين في حالة اللعب الجماعي.
- المساعدة في اشراك الطفل في اللعب مع الاطفال الآخرين. بحيث يكون للطفل دوره الفاعل في اللعب.
- توفير الألعاب التي تتناسب والعمل الارشادي الذي يقوم به المرشد.
- فتح حوار مع الطفل بعد انتهائه من اللعب حول الشخصيات التي تمثلها العابه. وتفسير اجابات الطفل وعلاقتها بالحالة الانفعالية التي يعاني منها. وتوضيح مدى الاختلاف او التشابه بين سلوك الطفل المشكل وسلوك الاطفال العاديين.

(5) لعب الادوار Roles playing technique:

ويطلق عليها احيانا بالتمثيل الاجتماعي المسرحي أو السوسيو دراما Sociodrama وقد تم تطوير فنية لعب الادوار من فنية العلاج باللعب التي تستخدم مع الاطفال. على يد ميرينو Mereno لكي تتلاءم مع الكبار واستخدم ليفين Levin هذا الاسلوب كما استخدمه بيرلز Perls في العلاج الجشطالتي وفي هذا الاسلوب يتم معالجة مشكلة عامة لعدد من العملاء او المشكلات الاجتماعية بصفة عامة. من خلال التعلم التلقائي Spontaneous learning والتي تعني ان جانباً هاماً من عملية التعلم يتم عن طريق الاستجابة للنشطة للتعلم. وبالتالي لا يكون المسترشد متلقياً سلبياً بل هو فعال. ويمكنه عن طريق لعب الادوار التخلص من عوائقه واحباطاته والتعبير عن افكاره واتجاهاته وخبراته التي لا يعي بها في الغالب. وذلك عن طريق قيامه بتمثيل ادوار اشخاص آخرين او تمثيل أجزاء من ادواره في الحياة.

يمكن استخدام فنية لعب الادوار والسيكودراما والسيسودراما في حالات شعور الاعضاء انهم غير مقبولين من الآخرين. أو الرغبة في تجريب افكار واتجاهات جديدة. ولجوء الاعضاء الى الحيل الدفاعية كثيراً. أو تنمية الاستبصار بالمشكلة وطرق علاجها.

(6) فنية ادارة الوقت Leisure – time technique:

هناك العديد من الانشطة الهامة جداً في حياة الفرد وتمثل نقطة انطلاق نحو عملية التوجيه والارشاد خاصة لدى الاطفال والمراهقين. ومن هذه الانشطة: الأنشطة الاجتماعية والرياضية والثقافية والموسيقية.

فالهدف الرئيسي للقيام بالانشطة الاجتماعية هو زيادة التفاعل والتعاون والترابط والتماسك بين الافراد وبناء العلاقات الانسانية الايجابية فيما بينهم. وبالتالي خفض حالات التوتر والانفعال غير السارة التي قد يعاني منها بعض افراد الجماعة الذين يشاركون هذا

إرشاد الجماعات

النشاط. وتقوم مراكز الرعاية الاجتماعية في العديد من الدول العربية بتقديم الخدمات التربوية والعلاجية والتأهيلية والتشغيلية للأطفال الذين يعانون من إعاقات مختلفة من أجل تنمية مهاراتهم ودمجهم في المجتمع المحلي. وقد نص القانون الاتحادي بدولة الامارات العربية المتحدة رقم (6) لسنة 1977 بشأن الضمان الاجتماعي على مراعاة أوضاع وظروف المعاقين. والعمل على مساعدتهم في تجاوز سلبيات الاعاقة عن طريق انشاء مراكز الرعاية واتاحة فرص التأهيل. وتسهيل دمجهم في الحياة في الحياة.

وتمثل الأنشطة الثقافية من اعداد المسرحيات وتمثيلها وقراءتها ومشاهدة الافلام محببة لدى الافراد خاصة فئتي الطفولة والمراهقة منها. وتعد من احب الأنشطة للأطفال لما ينطوي على هذه الأنشطة من تنمية للمعارف والمعلومات واكتساب العادات السلوكية والقيم الدينية والاخلاقية والاجتماعية. ومن خلال مشاهدة الافلام يستطيع المرشد النفسي التعرف على المشكلات النفسية التي يعاني منها الأطفال والمراهقون على حد سواء. وبعد عرض الفيلم يقوم المرشد النفسي بمناقشة احداث الفيلم مع الافراد وتوجيه الاسئلة والحوار كأن يطلب من الشخص وضع نهاية للفيلم. او استعراض فقرة منه وابداء رأيه. وقد يطلب المرشد من الشخص أن يسرد قصة ما ويسرد المرشد قصة أخرى (القصص التبادلي Mutual storytelling) بحيث يؤدي المرشد النفسي عمله مستندا الى نظريات الارشاد والعلاج النفسي والاستراتيجيات التي تتبناها تلك النظريات في ارشاد وعلاج الافراد في مثل تلك الحالات.

ويمثل وقت الفراغ الوقت الحر عند الشخص الذي لا يقضيه في اي نشاط لكسب عيشه. كما في العمل او للمعيشة كما في الاكل والنوم. وهو الوقت الذي يقضيه الفرد في ممارسة هواياته والترويح والتسلية وتجديد النشاط بالرياضة والاستجمام. والارشاد في وقت الفراغ يمثل استغلالا لوقت الفراغ الحر الذي لا يحتاجه الفرد لكسب عيشه. واستخدام نشاط وقت الفراغ في عملية الارشاد تشخيصيا وارشاديا.

ويقوم الارشاد في وقت الفراغ على مجموعة من الاسس التي تبين ضرورته الملحة حتى ينصرف الى سلوك موجه ويملاً بنشاط مخطط تبرز اهمية استغلال وقت الفراغ في عمليات الارشاد النفسي. (زهران، 2005)

- وقت الفراغ ليس وقت لهو. انه سلوك جاد ولكنه خارج عن العمل وليس اجباريا.
- وقت الفراغ ضروري للراحة والاستجمام واذا تم تنظيمه بشكل جيد. فانه يقضي على التعب والملل.
- ان الفرد لو ترك لطبيعته الخيرة لاستغل وقت فراغه في نشاط ايجابي يعود بالخير والسعادة له. لكنه قد يتعرض لعوامل بيئية واجتماعية تؤدي الى توجيه وقت فراغه نحو نشاط سلبي

هدام.

■ الناس فئتان: فئة ينقصها وقت الفراغ وتعمل طوال حياتها من اجل كسب المال وهؤلاء عندما يصلون الى سن التقاعد يكونون قد فقدوا صحتهم. وهم يحتاجون بالضرورة الى توجيههم نحو اهمية وقت الفراغ وكيفية اشغاله. وفئة من الناس تعاني من زيادة كبيرة في وقت الفراغ وهؤلاء يحتاجون الى توجيه وارشاد من اجل استغلال اوقات فراغهم لما فيه منفعتهم وسعادتهم.

■ ان مشكلة وقت الفراغ قد تصبح مشكلة كبيرة يجب على المجتمع ايجاد حل لها وان عدم حل مشكلة وقت الفراغ سوف تؤدي الى زيادة حالات الجناح والجريمة خاصة في اوساط الشباب. وقد اشارت الدراسات في هذا المجال ان اهتمام الدولة ورعايتها للشباب وتوفير أنشطة ملء اوقات الفراغ عندهم تقلل من نسبة الجناح والانحراف لديهم.

وتتنوع أنشطة وقت الفراغ لتناسب حاجات الافراد والجماعات المختلفة. وهذه الأنشطة تختلف من مجتمع لآخر. نتيجة لاختلاف التراث الثقافي والاجتماعي لكل مجتمع. وقد برزت بعض أنشطة وقت الفراغ في بعض المجتمعات من اهمها:

■ الاسترخاء: الاسترخاء بحد ذاته مريح للاعصاب وهو هدف يسعى اليه المرشد النفسي من اجل تخليص العميل او المسترشد من التوتر والقلق الذي ينتابه. والاسترخاء والاستجمام والراحة نوعان: استرخاء ايجابي يرتبط عادة ببعض الاعمال الايجابية التي يقوم بها الفرد في وقت فراغه. مثل تنسيق حديقة المنزل أو التنزه. واسترخاء سلبي يرتبط عادة بمشاهدة البرامج التلفزيونية او الاستماع الى اجهزة الاذاعة او التسجيلات الخاصة. أو مشاهدة المباريات الرياضية.

■ التسلية: ومن مظاهر التسلية: الترفيه، واللهو، وادخال السرور والسعادة. وممارسة بعض الهوايات كالرسم والرياضة والموسيقى. وجمع الاشياء مثل الطوابع والعملات والتحف والاثار وغيرها. او القيام برحلات ترفيهية. وكل هذه الأنشطة تؤدي الى النمو الاجتماعي كما تنمي المهارات وتساعد على خفض التوتر. وتبني مفهوما ايجابيا للذات.

■ أنشطة النمو الشخصي: وتتمثل في متابعة البرامج التعليمية او الاعداد لعام دراسي قادم. والقراءات العلمية والادبية الحرقمةما يحقق ذلك للفرد الشعور بالانجاز والراحة والرضا. ولعل اكثر أنشطة النمو الاجتماعية اهمية هي أنشطة الخدمات الاجتماعية في مساعدة الآخرين والتطوع في اعمال خيرية في مجتمعه.

إرشاد الجماعات

ويمكن ترشيد أوقات الفراغ باستغلال أوقات الفراغ في عملية الإرشاد النفسي. ويلعب المرشد النفسي دوراً مهماً في ترشيد وقت الفراغ. باشتراكه في الأنشطة الرياضية والترفيهية والأدبية أو الثقافية أو الدينية أو غير ذلك من الأنشطة التي تقوم بتنفيذها المؤسسات التعليمية التي يعمل بها من أجل المساعدة على تكامل نشاط وقت الفراغ مع أنشطة الحياة اليومية للفرد وتوجيه النشاط نحو تحقيق الأهداف الإرشادية في إطار السلوك الاجتماعي المرغوب فيه وبما يتفق والعادات الاجتماعية والقيم الأخلاقية والدينية السائدة في المجتمع.

ويمكن ترشيد أوقات الفراغ بعدد من الأساليب التي يمكن اتباعها تتمثل في الآتي:

- تنمية المهارات الخاصة بالقراءة والفنون والموسيقى من خلال تنفيذ المنهج الدراسي المعمول به في المدرسة.
- تشجيع المشاركة في الأنشطة اللاصفية التي يشرف عليها معلمو النشاط اللاصفي في المدرسة والتخطيط لها بدقة ومهارة بحيث يسهم فيها الإرشاد النفسي بشكل فاعل.
- توجيه الطلبة نحو حسن اختيار أوجه النشاط في وقت الفراغ وتدريبهم على تحمل المسؤولية والقدرة على اتخاذ القرار الصائب.
- بلورة نشاط الطلاب في أوقات الفراغ في شكل ندوات ومؤتمرات يخطط لها الطلبة ويحددون موضوعاتها ويختارون المتحدثين فيها ومن خلال النشاط الطلابي يمكن تحصيل معلومات وحقائق وتنمية مهارات واتجاهات تفيد في عملية التوافق النفسي والاجتماعي وفي بناء وتطوير العلاقات الانسانية والتفاعل الاجتماعي بشكل ايجابي.
- اعداد الرحلات الجماعية والزيارات الحرة لمناطق سياحية وإنتاجية مختلفة بحيث يعزز التوجيه والإرشاد المهني للطلبة.
- ترتيب مواقف وخبرات اجتماعية تفيد في الإرشاد الاجتماعي من خلال نشاط اجتماعي يخطط له الطلبة بالتعاون مع مركز الإرشاد في المؤسسة التعليمية كأن تتناول تلك الأنشطة عادات وتقاليد المجتمع في المناسبات الدينية والقومية.

سابعاً: مميزات الإرشاد النفسي الجمعي وعيوبه:

يتيح الإرشاد الجمعي فرصة أمام أعضاء الجماعة الإرشادية على تعلم مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي وبناء صداقات ناجحة بين أفراد الجماعة. وأنماط جديدة من السلوك وتعلم كيفية حل المشكلات. كما يوفر الوقت والجهد والمال حيث يتم تقديم الخدمات الإرشادية لمجموعة ذات مشاكل متشابهة معاً في جلسة إرشادية بالقياس إلى تكلفة جلسات الإرشاد الفردي. ويساعد الفرد على تعلم الدور القيادي ودور التابع معاً. فهو يعدل من سلوكه بناء على نقده

لسلوك الآخرين في المجموعة وعلى نقد الأعضاء الآخرين لسلوكه. وعليه أن يتقبل آراء الآخرين حتى لو اختلفت مع وجهة نظره هو. لذلك. فهو تارة يلعب دور القائد وتارة أخرى يلعب دور التابع. وبالتالي يتعود على الأخذ والعطاء والإحساس بالمسؤولية الاجتماعية في مقابل المسؤولية الشخصية او الفردية. ويعتبر من انسب طرق الإرشاد النفسي في حل المشكلات ذات الطابع الاجتماعي. ويفيد في تعديل اتجاهات وسلوك أفراد الجماعة الإرشادية. ويقلل من حدة تركز العميل حول ذاته. ويوفر الفرصة لتحقيق الذات مما ينمي الثقة في النفس وفي الآخرين. كما يتيح الفرصة للفرد في ان يقيم نفسه ويصحح أخطاءه حتى يحافظ على مكانته داخل الجماعة وجاذبيته لدى أفرادها.

يقدم الارشاد الجمعي الخدمات الإرشادية إلى عدد من العملاء في وقت واحد. ويتغلب على النقص في إعداد المرشدين النفسيين. ويدرك العملاء أنهم يعانون من مشكلات. مثل غيرهم



مما يخفف عنهم شدة القلق والاكتئاب. ويساعدهم في التنفيس عن مشاعرهم وانفعالاتهم. ويؤدي بالفرد إلى أن يغير من فكرته عن ذاته. مما يهيئ له النجاح في علاقاته الاجتماعية مع الآخرين. ويساعد على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي من خلال التأثير المتبادل والتفاعل بين أفراد الجماعة.

الا انه يعاب على الإرشاد النفسي الجمعي في شعور بعض العملاء بالخجل والحرج عندما يتحدثون عن مشكلاتهم أمام الآخرين. وهذا يجعلهم يخفون مشاعرهم الحقيقية. واهتمامه بالمشكلات العامة على حساب المشكلات

الشخصية لأفراد الجماعة. واعتبار العميل عضوا في جماعة تلتزم بقبول اقتراحاتهم وقراراتهم. مما يعيق تحقيق أو إشباع الحاجات الفردية له. وعدم قدرة المرشد إحداث تغييرات جذرية في شخصية العميل واتجاهاته ونظرته للحياة.

ولا يصلح استخدام الارشاد الجمعي مع الأفراد الذين يعانون من انحراف جنسي. وحالات جنسية مثلية. وحالات ضعف عقلي شديد وكذلك حالات الهوس الشديد. كما انه لا يصلح استخدامه مع بعض الحالات التي تستدعي درجة عالية من السرية والخصوصية.

ثامناً: البرنامج الإرشادي الجماعي:

البرنامج الإرشادي برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فردياً وجماعياً لجميع من تخدمهم المؤسسة (كالمدارس مثلاً) بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي المتعقل وتحقيق التوافق النفسي داخل تلك المؤسسة وخارجها ويقوم بالتخطيط للبرنامج الإرشادي وتنفيذه

لقد سعت كثير من بلدان العالم والبلاد العربية إلى إدخال برامج التوجيه والإرشاد في وزاراتها ومعاهدها التدريبية وبرامجها المختلفة في تربية المعلمين. كما أدخلت بعض الجامعات العربية هذا التخصص في كلياتها التربوية. مدفوعة بالنجاح الذي حققته الجامعات الأخرى في مجال التوجيه والإرشاد.

وبالنظر للظروف التي يعيشها الأطفال والمشكلات التي ينشأ بها والتي قد يعاني منها أثناء تواجده على مقاعد الدراسة. إضافة إلى العديد من المشكلات النمائية الأخرى التي يشترك فيها مع زملائه من ذوي الفئات العمرية المماثلة. فإنه يحتاج إلى مساعدة من الآخرين كي يمدو له يد العون من اجتياز المراحل الصعبة التي قد يمر بها. ولعل طالبنا هذا بحاجة ماسة إلى التوجيه والإرشاد لأنه يعاني من ظروف دراسية تتسم بالصعوبة، وبحياة أسرية قاسية أحياناً، ولأنه يجد بونا شاسعاً بين آماله وطموحاته وتوقعاته وبين واقعه الحياتي الحالي.

إزاء ذلك كله لا تجد مناصاً من أن تمد يد العون للآخرين كي لا تهدر جهودهم، وكي توجه إلى ما يناسبها من أداء. وأن تساعدكم في أن يؤهلوا أنفسهم بما يناسب إمكاناتهم وقدراتهم الذاتية. ويمكنكم أن تقدم يد المساعدة لزملائكم أفراداً وجماعات من أجل مواجهة المتغيرات الجديدة التي تطرأ عليهم. وأنت قادر بالتأكيد على مساعدتهم كي يعرفوا أنفسهم ويتفهمونها بواقعية. وكي يدركون ظروف حياتهم الحاضرة وإمكانات تطورها مستقبلاً.

كل ذلك ونحن نقدم الخدمات الإرشادية لمشكلات بسيطة بوسعنا القيام بها. أما عندما يشتد الصراع والاحباط والحرمان حياة بعض الناس في مجتمع من المجتمعات. ويضيق القلق عليهم الخناق، فيعيشون في وحدة وانطواء. ويتطور بهم الحال إلى السلبية واللامبالاة. عندئذ يصل الحال إلى المرض النفسي الذي يحتاج إلى علاج نفسي متخصص. لاحظ، أن كثيراً من الناس يخطئون في تقدير مشكلاتهم واضطراباتهم وتحديد مرضهم. بل ويظن البعض منهم أن أمراضهم النفسية تلك ما هي إلا أمراض جسمية يمكن علاجها عند طبيب عادي. ومثل هؤلاء بأمس الحاجة إلى العلاج النفسي من أجل مساعدتهم في تغيير نمط حياتهم من الضياع إلى السعادة والمرح.

(8 – 1) أهمية بناء برنامج ارشادي جمعي:

وتبرز أهمية البرنامج الارشادي وحاجتنا الماسة اليه خاصة في فترات الانتقال الحرجة والتغيرات التي تحدث للأسرة، وكذلك التغير الاجتماعي والعلمي والتكنولوجي، وتغيرات العمل والمهنة ومستويات القلق والتوتر لدى الافراد. ولا بد ان نأخذ بعين الاعتبار عند النظر للبرنامج الارشادي الى النقاط التالية:

- ضرورة اتباع المنهج التنموي والمنهج الوقائي والمنهج العلاجي في الارشاد وجميع تلك المناهج تحتاج الى تخطيط واعداد مسبق خاص بكل واحد من تلك المناهج التنموية والوقائية والعلاجية في الارشاد.
- أهمية العمل على جعل الطفل متوافقا سعيدا مرحا في روضته ومدرسته وبين اهله وذويه ومجتمعه. وتقديم الخدمات اللازمة لتحقيق نموه السليم المتوافق.
- وجود تقديم خدمات الرعاية والوقاية خلال مراحل نمو الطفل المتتابعة نفسيا واجتماعيا وفيزيولوجيا.
- ضرورة التغلب على مشكلات النمو العادي لدى الاطفال كالمشكلات الانفعالية ومشكلات التوافق والمشكلات اليومية التي قد يتعرض لها الاطفال في حياتهم اليومية كالغذاء والاخراج والكلام والنوم.....الخ.
- ضرورة مساعدة الأطفال في اجتياز مراحل النمو الحرجة في حياتهم وما قد يحدث اثناءها من مشكلات خاصة عند انتقال الطفل من مرحلة الطفولة الى مرحلة المراهقة التالية.
- أهمية حل المشكلات النفسية أولا بأول حتى لا تتفاقم وتزداد حدتها وتتطور عندما لا تجد الحلول او المساعدة في حلها في الوقت المناسب.
- ضرورة التغلب على المشكلات التربوية الخاصة. خاصة ما يتعلق منها بالاطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة بفئتيها التفوق والاعاقة او التخلف، او الذين يعانون من صعوبات في التعلم.
- ضرورة مواجهة خدمات الارشاد المهني لمواجهة مشكلات الاختيار والاعداد المهني خاصة في مراحل النمو الأولى وتحديد ميول واتجاهات الاطفال المهنية وتطويرها بما يخدم التوافق المهني السليم لشباب الغد.
- أهمية الارشاد الاسري واتصال المدرسة بالأسرة وحل المشكلات الأسرية التي تؤثر على الطفل وتقديم خدمات التربية الأسرية.

(8 - 2) الأسس التي يقوم عليها برنامج الإرشاد الجماعي:

الإرشاد النفسي موجود منذ القدم، وكل منا يقدم خدماته الإرشادية لأطفاله دون أن يسميها بهذا الاسم. ودون أن تأتي تلك الخدمات في إطار برنامج منظم يستند إلى أسس ونظريات وطرق محددة.

(1) الأسس العامة لبرنامج الإرشاد الجماعي:

يتميز السلوك الإنساني بالثبات النسبي وامكان التنبؤ به، ومرونته للتعديل والتغيير وتنظيم الشخصية وبناء مفهوم ايجابي للذات عنده.

كما السلوك الإنساني سلوك فردي واجتماعي معا. مهما بدا فرديا بحثا أو اجتماعيا خالصا. وعندما يكون الفرد وحده يبدو فيه تأثير الجماعة. وسلوكه وهو مع الجماعة تبدو فيه آثار شخصيته وفرديته وينطبق الأمر على الأشخاص الذين يكون سلوكهم متأثرا بسماتهم الشخصية وبالمعايير والاتجاهات والأدوار الاجتماعية التي تؤثر فيه.

ولدى كل واحد منا استعداد للتوجيه والإرشاد استنادا إلى وجود حاجة أساسية لدينا وهي حاجتنا للتوجيه والإرشاد من مواجهة المشكلات التي نواجهها. وزملائك أيضا يدركون حاجتهم إلى التوجيه والإرشاد وهم لذلك يسعون إليه باقتناع. وهو أمر بالغ الأهمية. ومن أجل ذلك. لا يمكنك تقديم شيء لزملائك إذا لم يكونوا مستعدين لتقبله.

والتوجيه والإرشاد يعتبران حاجة نفسية هامة لدى الفرد. ومن مطالب النمو السوي للأشخاص إشباع حاجاتهم هذه. من كل مستويات الأفراد العاديين وغير العاديين الذين يواجهون مشكلات محددة والمتفوقون في حياتهم أيضاً وواجبنا كأخصائيين نفسيين توفير الخدمات التوجيهية والإرشادية في مراكز عملنا بحيث نساهم في تطوير زملائنا تربوياً وشخصياً كمجموعات وأفراداً.

ويعتبر حق الفرد في تقرير مصيره بنفسه من المبادئ الهامة في التوجيه والإرشاد. وهو أمر يتطلب الاعتراف بقيمة الفرد وحقه في الاختيار من بين الأبدال المتوافرة لديه. والشخص العادي يختار لنفسه بديلا سليما من بين أبدال مرغوب فيها. وأنت أيضا لا تقدم لزملائك حلا جاهزة ولكن تساعد في اقتراح الحلول واتخاذ القرارات بنفسه لنفسه.

إن أحد مبادئ الإرشاد الرئيسية قائمة على تقبل المرشد للطالب المسترشد كما هو ودون شروط. والمرشد لا يحقق مع المسترشد ولا يصدر أحكاما فيما يتصل بسلوك طلبته بل عليه أن يكون صبورا واسع الصدر يشعر الطالب المسترشد بالطمأنينة والتفهم. مع ملاحظة أنه وإن كان

يتقبل الطالب المسترشد كما هو. فانه يسعى إلى تعديل سلوكه المرضي في الاتجاه الصحيح والمرغوب فيه.

وعملية التوجيه والإرشاد مستمرة طوال حياة الفرد. وهي غير محددة بمراحل وانما تبدأ في الأسرة قبل دخول الطفل مدرسته. وتستمر على مقاعد المدرسة وفي الجامعة والعمل. فهي مستمرة متتابعة من الطفولة إلى الكهولة. ولهذا فان العملية الإرشادية تسعى لتقديم خدمات وقائية وعلاجية من جهة وخدمات نمائية من جهة أخرى.

(2) الأسس الفلسفية لبرنامج الارشاد الجمعي:

يبدأ البرنامج الارشادي من الفرد وللشخص من حيث الافادة والتطبيق. بحيث يسعى الى تحقيق رغباته ويشبع حاجاته دون خروج على ما يرسمه المجتمع الذي يعيش فيه. وما يتعارف عليه افراده من عادات وتقاليد ومعتقدات. وأن مبدأ التوجيه الذي يقوم عليه مؤداه ان الانسان حر في تحديد اهدافه والعمل على تحقيقها. ووظيفة الموجه هو في مساعدته على القيام بذلك. بتقديم المعونة الفنية التي تحقق له الغرض الذي نشده. فالهدف من التوجيه اذن هو في مساعدة الفرد في تحقيق ذاته في مختلف المجالات عن رغبو ودون اكراه. وان يحترم الموجه حق الفرد في تحديده لأهدافه ووضع الخطط التي تحقق له تلك الاهداف.

(3) الأسس النفسية والتربوية لبرنامج الارشاد الجمعي:

يستند البرنامج الارشادي على مجموعة من المبادئ والمسلمات النفسية المشتقة من دراسة الطبيعة البشرية المتمثلة فيما يلي:

- مراعاة الفروق الفردية بين الاشخاص من حيث قدراتهم واستعداداتهم ومميزات شخصياتهم.
- يوجد في داخل الفرد الواحد ألوان شتى من الاختلاف في خصائصه الجسمية والنفسية والعقلية للفرد. وانها تختلف بين كل مرحلة من مراحل النمو والمرحلة التي تليها.
- تؤثر جوانب الشخصية المختلفة بعضها على البعض الآخر. ولذلك فانه لا بد من مراعاة نمو الشخصية الانسانية مراعاة تامة حيث ان جوانب الشخصية المختلفة تؤثر على البعض البعض.
- وفي كل مرحلة من مراحل النمو المختلفة للفرد. تنشأ لديه كثير من الحاجات التي تتطلب الاشباع. ولا بد من مراعاة اشباعها مع الاخذ بعين الاعتبار مستوى النضج عنده والاصول الثقافية والقيم الاجتماعية التي نشأ فيها وترعرع.
- تعتبر عملية الارشاد عملية تعلم. ليستفيد منها الفرد في رسم طريقه في الحياة. وتعميم ما اكتسبه من خبرة على المواقف الجديدة التي تعترض سبيله. والتحديات التي تتطلب حلا ودراية وتخطيطا.

(4) الأسس الاجتماعية للبرنامج الإرشادي:

يقوم البرنامج الإرشادي على مجموعة من الأسس والمبادئ التربوية والاجتماعية المتمثلة في الآتي:

- يهتم البرنامج الإرشادي بأشباع حاجات الفرد التي تنشأ في مجالات الحياة المختلفة وفي أبعاد النمو المختلفة. وأن عمليتي التوجيه والتعلم تكمل كل منهما الأخرى. بحيث تساعد عملية التوجيه على جعل عملية التعليم أكثر فاعلية. وتنبيه المنهج وطريقة التدريس إلى العمل على تحقيق التكيف الفردي والاجتماعي لأفراد المجتمع المدرسي.
- يستند البرنامج الإرشادي إلى خدمات قائمة على أسس وأهداف واضحة وهي ليست جزءاً من المنهج المدرسي بل أن خدمات التوجيه تستغل المنهج والنشاط المدرسي لتحقيق أهدافها. كما تقوم بدور فعال في تعديل المنهج وتخطيط برامج النشاط بما يساعد على تحقيق أهداف التوجيه.
- أن تعاون المرشد النفسي مع المعلمين والقائمين على شؤون المدرسة من الأمور الضرورية لانجاح عملية الإرشاد. وتنشيط العملية التربوية بصورة عامة.
- لا بد من الاهتمام بالتلميذ كعضو في جماعة. فإلى جانب الاهتمام به كفرد. تقدم له وحده خدمات التوجيه والإرشاد في صورة التوجيه الفردي. نجد أن خدمات التوجيه والإرشاد تهتم به أيضاً باعتباره يعيش في جماعات مختلفة كالأُسرة والجيران والأصدقاء والمجتمع المحلي والقومي والعالمي. ولا بد من تخطيط خدمات في التوجيه الجمعي. ومن الضروري أن يفهم الفرد دوره ووظيفته ومكانته في الجماعات والمؤسسات التي ينتمي إليها. وتعتبر عملية التفاعل بين الفرد والمجتمع هذه، هي المحور الأساسي لعملية التوجيه والإرشاد النفسي.
- تعتبر المدرسة من أكثر المجالات الاجتماعية أهمية من حيث قدرتها على تقديم المساعدة للفرد سواء كان طفلاً أو مراهقاً أو شاباً. وسواء عن طريق خدمات التوجيه المنظمة بواسطة أخصائيين مدربين أو عن طريق تعديل المناهج وطرق التدريس وتحسين الجو المدرسي. بحيث تصدر عن هذه التعديلات عن وجهة نظر توجيهية.
- لا بد من مشاركة الآباء وقادة المجتمع الذي يعيش فيه التلميذ في عملية التوجيه. بحيث تؤدي هذه المشاركة إلى تنسيق التعاون بين المدرسة (باعتبارها المؤسسة المسؤولة عن التربية الرسمية في الدولة) وبين المؤسسات الاجتماعية الأخرى المسؤولة عن تربية الطفل تربية غير مقصودة.

5) الأسس الفنية والأخلاقية لبرنامج الارشاد الجمعي:

هناك بعض الأسس والمبادئ مشتقة من طبيعة عملية التوجيه والارشاد ومن المجال الذي يعمل فيه المرشد النفسي تشتمل على الآتي:

- على المرشد النفسي ان يبحث مشكلة الفرد من جميع زواياها وان يستخدم كل ما لديه من وسائل وامكانيات لمساعدته على حلها.
- على المرشد النفسي ان يكون مرنا في اتباع الوسيلة التي تتفق مع حاجات الفرد وصفاته وطبيعة المشكلات التي تواجهه.
- على المرشد النفسي ان يحافظ على سر مهنته وان يضع سجلاته وتقاريرها في مكان أمين. ولا يفشي اية معلومات تتعلق بالافراد الذين يوجههم الا في اطار الاجتماعات المهنية مع الاختصاصيين حتى يحصل للافراد على مساعدات معينة. يحتاجون اليها كمساعدات الاجتماعية او الطبية او النفسية.
- على المرشد النفسي ان يبذل كل جهده لكي يزيد من فهم العميل لنفسه وللعالم الذي يعيش فيه.
- على المرشد النفسي ان يساعد العميل على ان يتقبل ذاته كما هي على حقيقتها.
- ينبغي ان يكون القرار النهائي في أية عملية توجيه صادرا عن العميل وبناء على اختياره الحر وعلى مسؤوليته.
- يجب ان تتغير طرق التوجيه وفقا لحاجات العميل ومناسبتها له. ينبغي تحويل العميل الى الاختصاصيين الاخرين اذا ما تطلب الامر ذلك. وان لا يتدخل المرشد النفسي او مساعديه الا بالقدر الذي يوضح فيه الفرد جميع احتمالات النجاح او الفشل لكل طريقة من الطرق المقترحة.

6) الأسس العصبية والفيزيولوجية لبرنامج الارشاد الجمعي:

ان الخصائص الفكرية للانسان والخصائص السلوكية ارتبطت بتركيبته الفسيولوجية. ومن خلال الدراسات المستفيضة للدماغ والمكونات الاخرى للجسم استطاع العلماء اكتشاف اشياء مذهشة لدى الانسان يمكن عرضها في الآتي: (Rathus, 1987):

1. الخلايا العصبية (العصبونات) Neurons:

وهي اللبنة الاساسية في تكوين الجهاز العصبي فهناك مليارات من العصبونات في الجسم تنقل الرسائل في الجسم بأشكالها المختلفة.

2. الجهاز العصبي The nervous system:

ترتبط العصبونات لتشكيل الجهاز العصبي بأقسامه المختلفة المسؤولة عن حركة العضلات، الاحساس، والوظائف الاتوماتيكية كالتنفس وإفراز الهرمونات بالإضافة الى الظواهر النفسية كالأفكار والمشاعر.

3. القشرة الدماغية The cerebral cortex:

وهي عبارة عن كتلة كبيرة ذات تلافيف كبيرة داخل الرأس وهذه القشرة الدماغية هي التي تميز الانسان عن غيره من الحيوانات.

4. جهاز الغدد الصم The endocrine system:

وهو يعمل عن طريق الهرمونات التي تنظم كثيرا من الوظائف تشمل النمو او غيره.

5. الوراثة Heredity:

في كل خلية من جسمك هناك مئات الالاف من الجينات وهي التي تقرر اي نوع من المخلوقات ستكون. ويشمل ذلك لون الشعر وتكوينك بأن يكون لك ارجل وأيدي أم اجنحة للطيران.

(3 – 8) الخدمات التي يقدمها البرنامج الارشادي:

هناك عدد من الخدمات الارشادية التي يقدمها البرنامج الارشادي في مختلف مراحل النمو المتتابعة. ومن ابرز هذه الخدمات ما يلي:

(1) الخدمات العلاجية:

تهدف الخدمات العلاجية الى توفير جو نفسي آمن للفرد يشعر من خلاله بالدفع والاهتمام دون خوف او وجل. كما تسعى هذه الخدمات الى التغلب على المشكلات النفسية التي قد يعانون منها.

(2) الخدمات التربوية:

وتسعى الخدمات التربوية الى التعرف على قدرات الافراد وتشخيص الحالات وعلاجها وتقديم البرامج التربوية الهادفة التي تتلاءم وقدراتهم واستعداداتهم.

(3) الخدمات الاسرية:

تنصب الخدمات الاسرية على دراسة العلاقات بين اعضاء الاسرة الواحدة والعمل على تغييرها بما يحقق النماء الايجابي للابناء والتوافق السليم لكل اعضاء الاسرة بمن فيهم الأبوين.

(4) الخدمات الصحية:

يهتم الارشاد النفسي كذلك بصحة الفرد واجراء الفحوص الدورية المتتابة كلما انتقل من مرحلة نمائية الى مرحلة نمائية جديدة. وتعليم الشخص العادات الصحية السليمة. بتدريبه على احداث السلوكيات السوية. وتسعى مراكز الارشاد النفسي التربوي في المؤسسات التعليمية الى العمل على زيادة الوحدات الصحية التي تقوم بالعناية وحماية الافراد من اي خلل او اضطراب يصيبهم.

(5) الخدمات النمائية:

كما يعنى الارشاد النفسي بتقديم خدمات الرعاية النمائية في كل مرحلة من مراحل النمو بما يحقق التوافق السليم له واتاحة الفرصة لاستكشاف البيئة من حوله والعمل على تحقيق مطالب النمو في مختلف المراحل النمائية المتتابة.

(6) الخدمات الاجتماعية:

ومن الضروري الاهتمام بالتنشئة الاجتماعية للفرد واكسابه الاستجابات السلوكية الاجتماعية المناسبة لقيم وعادات وتقاليده المجتمع ومعايير وتعديل الاتجاهات السلبية والاهتمام بالنواحي الروحية والاخلاقية من خلال تزويده بالقيم الدينية والأخلاقية.

(8 - 4) بناء البرنامج الارشادي:

إن اول عمل في البرنامج الارشادي هو التخطيط لبناء برنامج واقعي وفي حدود الامكانيات المتاحة. يلبي طموحات العمل الارشادي في الحد من الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال. تقوم لجنة الارشاد وليس شخصا واحدا. ويقوم التخطيط لبناء البرنامج الارشادي على اسس نفسية وتربوية وادارية يلبي حاجات الطفل خلال مراحل نموه وتطوره. ويتبع الخطوات التالية:

(1) اهداف البرنامج الارشادي:

للبرنامج الارشادي اهداف عامة تتحدد في هدفين اثنين هما: هدف علاجي يهدف الى خفض الاضطرابات لدى الاطفال من خلال تدريبهم على استخدام بعض الأساليب المعرفية والسلوكية المتضمنة في البرنامج. وهدف وقائي: يكتسب الطفل بعض الفنيات المعرفية والسلوكية التي تساعد على مواجهة المواقف المثيرة للقلق لديهم مستقبلا.

إرشاد الجماعات

أما الاهداف الاجرائية. فتتحقق من خلال العمل المثمر داخل الجلسات ومن خلال القيام بأداء الأنشطة داخل الجلسة. والواجبات المنزلية والتي يكلف بها الأطفال والمتعلقة بالمواقف المثيرة للاضطرابات لديهم. وعليه، فإن الاهداف الاجرائية تشتمل على الآتي:

- التعرف على الدور الذي يؤديه في الحياة وما يسببه من مشكلات
- اكتساب المهارات اللازمة للتعايش بنجاح مع المواقف المتنوعة المثيرة لبعض الاضطرابات لديهم. باستخدام عدد من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي تم تعلمها في البرنامج.
- التدريب على استخدام بعض الاساليب السلوكية والتي تم تعلمها أثناء تطبيق البرنامج. من اجل المساعدة في التغلب على المواقف السلبية المسببة للاضطرابات.
- التعرف على الدور الذي يؤديه الاسترخاء العضلي في خفض التوتر والاضطراب ومن ثم التدريب على استخدامه في مواجهة المواقف المثيرة لهذه الاضطرابات لديهم.

(2) الوسائل والطرق لتحقيق الأهداف:

يحدد فريق الارشاد الذي يقوم ببناء البرنامج الارشاد الامكانيات المتاحة والمتوفرة لبناء البرنامج الارشادي المطلوب. كما يحدد الفريق امكانية الاستعانة بخبرات الاخرين في هذا المجال سواء كان ذلك الاستعانة بالافراد او بمؤسسات الرعاية الصحية والعيادات ومراكز الارشاد في البيئة المحلية. وكذلك تحديد الاختبارات والمقاييس التي يتطلبها العمل الارشادي.

(3) الفنيات التي يمكن استخدامها في البرنامج الارشادي:

يستخدم المرشدون النفسيون فنيات ارشادية يتم اتقانها من قبلهم وفقا لظروف الحالة والفنيات التي تناسبها بحيث يختار المرشد النفسي واحدة او اكثر من فنيات الارشاد النفسي التالية (بطرس، 2007):

أ. التحكم الذاتي Self control:

يهدف هذا الاجراء الى تعليم الطفل مواجهة المثيرات المسببة للضغط والافكار المرتبطة بها. ومحاولة ايقافها ثم الاسترخاء وتعزيز الذات. وتركز اساليب الارشاد ذات المنحى المعرفي السلوكي على افكار الطفل ودورها في استمرار الاضطراب. ويطلب الى الطفل ملاحظة افكاره في مواقف متنوعة مثيرة لهذا الاضطراب. ثم تعليمه كيف يغير هذه الافكار. وضع مكانها افكارا غير قلقة. فالبرنامج الارشاد القائم على المنحى المعرفي السلوكي اذن يؤكد على تعليم الطفل اولا كيف يعرف ويلاحظ تصريحات الذات المرتبطة بالقلق والمشاعر والافكار. ومتى استطاع التعرف على الافصاح الذاتي غير المتوافق فانه سيعمل على ايجاد تصريحات تساعد في خفض اضطرابه بمساعدة المرشد النفسي.

ب. التدريب على اسلوب حل المشكلات Problem solving.

التدريب على اسلوب حل المشكلات اجراء اكلينيكي تم استخدامه في العلاج السلوكي من قبل كل من دزريلا وجولد D'zurilla & Gold ويتكون من عدة خطوات تشتمل على كل من:

- تعريف المشكلة.
- تحديد الاحتياجات الخاصة بحلها.
- توليد البدائل التي يمكن استخدامها.
- تقييم البدائل والنتائج المرتبطة بها.
- التحقق من النتائج.

وتشير الدراسات التي اجريت على فنية الارشاد هذه انها استخدمت بنجاح مع الاطفال. حيث تم تطوير سلسلة من مهارات حل المشكلة المعرفية المرتبطة مع سوء التوافق السلوكي. كما ان هذا الاجراء يساعد الاطفال في ادراك مشكلاتهم ومن ثم تشجيعهم على التركيز على تقديم وتقييم الحلول الممكنة المتنوعة لحل المشكلة.

ج. الواجبات المنزلية Assignment.

الواجبات المنزلية هي تلك التي كان يكلف بها الاطفال ككتابة المواقف المثيرة للقلق لديهم وما يرتبط بها من افكار واعراض مختلفة.

د. التحصين التدريجي Systematic desensitization.

يتمثل التحصين التدريجي في محاولة ازالة الاستجابة المرضية (كالخوف او القلق مثلا) تدريجيا من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض لها. وقد استخدم عدد من علماء النفس هذا الاسلوب في بحوثهم المتعلقة بالعلاج النفسي ومنهم: وولبي Wolpe، وبالفوف Pavlov وهل Hull.

الا ان هذا الاجراء يتطلب من الطفل ان يكون قادرا على تحديد الاستجابات المتعارضة مع اضطراباته ثم تقسيمها الى مواقف فرعية صغيرة متدرجة بحسب شدتها. بحيث تبدأ بأقلها اثاره لمخاوف الطفل. ثم تعريضه للمواقف المخيفة تدريجيا.

هـ. الاسترخاء Relaxation.

يشير الاسترخاء الى توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. ويؤدي هذا الاجراء الى فوائد علاجية ملموسة خاصة للأشخاص الذين يعانون من القلق.

إرشاد الجماعات

وقد اثبت هذا الاجراء فعاليتة لدى الاطفال من خلال تعلمهم كيف يقللون الشعور المنفر المرتبط بالاضطراب لديهم.

و. النمذجة Modeling:

للمنمذجة أهمية كبيرة في العلاج المعرفي - السلوكي حيث يتم التركيز من خلاله على فكرة ان السلوك يمكن ان يكتسب ويتخلص منه بسهولة من خلال ملاحظة النموذج. فقد اشار باندورا Bandura في نظريته عن التعلم الاجتماعي أن الاطفال يتعلمون كما هائلا من السلوكيات عن طريق الملاحظة او مشاهدة الآخرين. والطفل المضطرب سلوكيا يتعلم مثل هذا السلوك من خلال ملاحظته لنمط السلوك المضطرب من الآخرين.

ز. لعب الدور Role playing:

لعب الدور احد اساليب التعلم الاجتماعي الذي يتضمن تدريب الطفل على اداء جوانب من السلوك الاجتماعي عليه ان يتقنها ويكتسب المهارة فيها. كما يعتبر لعب الدور جزءا هاما في العلاج المعرفي السلوكي للأطفال بحيث يعطى للطفل فرصة مناسبة لممارسة التعايش واختبار الحلول المتعددة لمشكلته.

ح. التعزيز Reinforcement:

يستخدم هذا الاجراء بتقديم التعزيز للطفل عند ادائه للمهارات المرغوب فيه. وقد صاغ منظرو العلاج السلوكي جداول للتعزيز المادية والمعنوية يمكن استخدامها من اجل تقوية السلوك المرغوب فيه او تعديله او صيانتة كما يستخدم ايضا في اطفاء السلوك غير المرغوب فيه.

4) ميزانية البرنامج الارشادي:

وعلى فريق الارشاد ان يحدد الميزانية اللازمة لتنفيذ البرنامج الارشادي في ضوء الوسائل والامكانيات الموجودة والمطلوبة والفضيات المستخدمة وما يلزم من مختبرات وأجهزة.

5) الخطوط العريضة لتنفيذ البرنامج الارشادي:

وعلى فريق الارشاد ايضا تحديد الخطوات الاساسية والاولويات وتحديد بدايات ونهايات البرنامج والمدي الزمني المستغرق لتنفيذه وذلك بهدف تجنب الانزلاق الى خطوط فرعية قد لا تؤدي الى تحقيق اهداف البرنامج الارشادي المأمولة.

وعلى القائمين على التخطيط للبرنامج الارشادي اتخاذ الاجراءات التالية (زهران، 2005):

- ضمان تعاون جميع اعضاء فريق الارشاد في المؤسسة من اجل العمل على نجاح العملية الارشادية وتحقيق اهدافها المأمولة.

- تحديد الاختصاصات بين الاختصاصيين والعاملين.
- تحديد خطة زمنية للتنفيذ وتقديم خدمات الارشاد.
- تحديد كيفية بدء عملية التنفيذ وتحديد زمن البدء بدقة وحكمة. فنجاح الخطوة الاولى في التنفيذ يتوقف عليها نجاح الخطوات التالية.
- تحديد اجتماعات دورية لفريق البرنامج الارشادي لدراسة نتائج مراحل وخطوات التنفيذ وتحديد المشكلات التي واجهتهم خلال تلك المراحل من اجل التغلب عليها في المراحل التالية واستئناف عملية التنفيذ.
- استخدام الوسائل المتطورة واتباع الطرق الحديثة في تنفيذ البرنامج.

(6) إجراءات تقييم البرنامج الارشادي:

التقييم عملية نقدية هامة تكشف عن مدى فعالية البرنامج الارشادي ومدى نجاحه او فشله في تحقيق الاهداف المأمولة. وهو كذلك عملية جماعية تعاونية يشترك فيها كافة المسؤولين عن البرنامج الارشادي تخطيطا وتمويلا وتنفيذا. والتقييم كذلك عملية مستمرة وشاملة من بداية التخطيط وفي اثناء التنفيذ وحتى نهايته.

ولتقييم البرنامج الارشادي عدد من الخطوات الاجرائية التي يقوم المسؤولون عن البرنامج الارشادي باتباعها:

1. تحديد أسئلة التقييم والاجابة عنها.

- الى اي حد ثبت ان التخطيط كان موفقا؟
- هل تحققت أهداف التوجيه والارشاد؟
- الى اي حد يتكامل البرنامج الارشادي مع البرنامج العام للمؤسسة؟
- هل قامت الادارة بدورها في البرنامج الارشادي؟
- هل قامت الادارة بدورها في تنفيذ البرنامج الارشادي؟
- هل توافر الاختصاصيون المطلوبون؟
- هل تقبل الاختصاصيون البرنامج الارشادي بكلية وشموليته؟
- هل اشترك الاختصاصيون كل حسب تخصصه في تنفيذ البرنامج الارشادي؟
- هل احترم كل من الاختصاصيين تخصصه وتخصص فريق العمل المشارك في تنفيذ البرنامج الارشادي؟
- هل قام المعلمون - في حالة نقص المرشدين أو اي عضو في فريق تنفيذ البرنامج الارشادي بسد النقص الحاص والقيام بواجباتهم الارشادية؟
- أي الخدمات التي قدمه المعلمون او يمكن تقديمها لتنفيذ البرنامج الارشادي؟

- كيف قام المعلمون بالخدمات الارشادية؟
- هل توافرت الميزانية المالية المطلوبة لتنفيذ البرنامج الارشادي؟
- هل توافر الزمن المطلوب لتنفيذ البرنامج الارشادي؟
- هل توافر المكان الملائم لتنفيذ البرنامج الارشادي؟
- هل توافرت الوسائل المناسبة لعملية الارشاد؟
- هل تم تنفيذ الاجراءات الفعالة في عملية الارشاد؟
- هل قدمت كل انواع الخدمات الارشادية بالكفاءة والفاعلية المطلوبة؟
- هل تمت البحوث العلمية المسحية اللازمة للبرنامج الارشادي؟
- هل تمت الاستفادة بنتائج البحوث والعمل بتوصياتها؟
- ما المشكلات التي تعرض لها البرنامج الارشادي قبل وفي اثناء وبعد التنفيذ؟
- الى اي حد امكن التغلب على هذه المشكلات؟
- الى اي حد افاد البرنامج المسؤولين عنه والعاملين فيه؟

2. تحديد معايير التقييم وتقدير حال البرنامج بالنسبة لها.

حدد كل من شيرتزر وستون (Shertzer & Stone, 2011) عددا من المعايير التي تقيم البرنامج الارشادي من خلالها وهي:

- نقص المشكلات الشخصية والانفعالية وزيادة التوافق الشخصي.
- انخفاض قلق التحصيل. وتحسين التحصيل الدراسي. ونقص التخلف الدراسي وانخفاض قلق الامتحان ونقص الرسوب ونقص التسرب.
- قلة التغيرات في الخطط التربوية والمهنية وتحقيق الاختيار التربوي والاختيار المهني الموفق.
- نقص مشكلات النظام. وزيادة الانتظام وتحسن الاتجاهات والسلوك والشعور بالأمن والاستقرار.
- شعور العملاء بالرضا عن البرنامج وعن عملية الارشاد بصفة عامة حين يشملهم جميعا ويقدم الخدمات بكفاءة ونجاح.
- رضى الوالدين وزيادة ثقتهم في البرنامج الارشادي وتعاونهم مع المسؤولين في انجاحه.
- رضى المسؤولين عن النتائج التي يتم التوصل اليها في البرنامج الارشادي.
- زيادة استخدام الخدمات الارشادية وزيادة الاقبال عليها.
- زيادة اهتمام المسؤولين عن البرنامج الارشادي. وارتفاع الروح المعنوية وزيادة حماسهم لتحقيق المزيد من النجاح.

3. تحديد طرق التقييم ووسائله:

توجد طرق عديدة لتقويم البرنامج الارشادي يشيع استخدامها في الارشاد النفسي ومن ابرزها:

- **الدراسات والبحوث:** تجري الدراسات والبحوث المسحية لتقييم الخدمات والميزانية واسلوب التنفيذ والمشكلات.....الخ. ويستخدم في ذلك استطلاعات رأي العملاء والعاملين واولياء امور الاطفال وغيرهم من افراد المجتمع.
- **مقارنة طرق الارشاد المختلفة:** على الرغم من ان كل الطرق تؤدي الى التوافق الا انه من المستحسن مقارنة كل الطرق لتحديد اي تلك الطرق تناسب الحالة التي نحن بصدد تطبيق البرنامج الارشادي عليها.
- **دراسة التغييرات السلوكية:** يمكن التعرف على مدى التغير الذي أحدثته خدمات البرنامج الارشادي لدى الاطفال الذين تلقوا خدمات البرنامج الارشادي عن طريق اجراء المقارنات القبلية والبعدي للتغيرات السلوكية باستخدام جداول ملاحظة السلوك والاختبارات والمقاييس التي تمت الاشارة اليها في صفحات سابقة.
- **متابعة النجاح الفعلي للعملاء:** يمكن التأكد من نجاح البرنامج الارشادي عن طريق متابعة الحالات التي تلقت خدمات البرنامج الارشادي والتأكد من مدى الفائدة التي تحققت لهم ومدى التغير الذي أحدثه البرنامج الارشادي في حياتهم الشخصية وتعليمهم.
- **رأي العاملين:** يمكن استخدام التقويم الذاتي لمدى نجاح البرنامج الارشادي مع العاملين فيه. والذين يمتلكون القدرة على النقد الذاتي البناء. ونقد الامكانيات ونظام العمل كفريق في البرنامج الارشادي.
- **رأي العملاء:** يؤخذ رأي العملاء باعتبارهم اصحاب المصلحة الحقيقية في نجاح البرنامج. والذين يقدرون مدى فاعلية البرنامج ومدى الفائدة التي تحققت لهم منه.

4. تحليل عملية التقييم وتفسيرها:

يمكن تحليل عملية التقييم في البرنامج الارشادي من خلال جمع المعلومات اللازمة لذلك عن طريق استخدام جداول الملاحظة وتطبيق الاختبارات والمقاييس قبل وفي اثناء وبعد تنفيذ البرنامج الارشادي. واجراء المقارنات بين مراحل التطبيق المختلفة باستخدام الاساليب الاحصائية الخاصة بذلك. ويمكن للعاملين في البرنامج الارشادي التأكد من مستويات الدلالة الاحصائية باستخدام اختبار (ت) لفحص الفروق في الأداء ودلالته فيما اذا كانت الفروق (Thompson, et al.; 2004): ليست لها دلالة احصائية (غير دالة)، او لها دلالة احصائية (عند 0.05 فقط)، لها دلالة احصائية كبيرة (عند 0.01)

5. اقتراح خطوات تقويم واصلاح:

من اجل تدعيم البرنامج الارشادي او تطويره وتعديله في ضوء ما تفرز عنه نتائج عملية التقويم.

(5 - 8) نموذج مقترح لبرنامج ارشادي:

صاغ كل من شو وتويل Shaw & Tuel نموذجا لبرنامج ارشادي من ستة اختبارات عملية مشتقة من ثلاثة اسئلة رئيسية هي: من؟ متى؟ وكيف؟ وقد اشتمل هذا البرنامج على بعدين رئيسيين هما (زهران، 1998):

- البعد الرأسي: ويتراوح بين التركيز غير المباشر والتركيز المباشر.
- البعد الافقي: وهو بعد نمو الشخصية وفيه توجد خدمات البرنامج نحو كل من الوقاية الانتقالية (التعرف المبكر) والتشخيص والعلاج. وتوضح المزاوجة بين بعدي البرنامج الارشادي الاطار العام لنموذج برنامج الارشاد النفسي وهو على النحو التالي:

1. مستوى التركيز غير المباشر (لتعديل البيئة): فيتحسين المناخ التربوي كخدمة وقائية عامة لجميع التلاميذ. ورعاية تلاميذ يتم اختيارهم ممن يحتمل انهم يعانون من صعوبات في التعلم او يعانون من انحراف ما. كخدة وقائية انتقالية للتعرف المبكر. العلاج البيئي مع الاهتمام بالاشخاص المهمين كالوالدين. وانشاء فصول خاصة مثلا كخدمة تشخيص وعلاج المرضى.

2. مستوى التركيز المباشر (المستوى الشخصي): فيبرنامج صحة نفسية للوقاية العامة لجميع التلاميذ. وارشاد تلاميذ مختارين كوقاية انتقالية عن طريق التعرف المبكر عليهم. وعلاج نفسي للذين يحتاجونه.

وقدم بطرس (2007) نموذجا لبرنامج ارشادي يهدف الى خفض مستوى الاضطرابات النفسية عند الاطفال. يمثل الجدول رقم: (6: 1)

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	عدد الجلسات	مدة الجلسة	الفنيات السلوكية	الفنيات المعرفية
الأولى	التعارف بين المرشد والاطفال	1	50 دقيقة	التعزيز	
الثانية	عرض محتوى البرنامج	1	50 دقيقة	لعاب الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية
من الثالثة وحتى السادسة	الاضطرابات النفسية في مواقف الحياة اليومية	4	50 دقيقة	لعاب الدور والنمذجة	الواجبات المنزلية الافصاح الذاتي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	عدد الجلسات	مدة الجلسة	الفنيات السلوكية	الفنيات المعرفية
السابعة	التدريب على الاسترخاء	1	50 دقيقة	لعب الدور النمذجة والتعزيز/ تدريب الاسترخاء	الواجبات المنزلية الافصاح الذاتي
الثامنة	الحوار الذاتي ودوره في المواقف المثيرة للاضطرابات النفسية	1	50 دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية
التاسعة	تعديل الحديث الذاتي السلبي الى حديث ذاتي ايجابي	1	50 دقيقة	لعب الدور النمذجة والتعزيز/ تدريب الاسترخاء	الواجبات المنزلية الافصاح الذاتي
العاشرة والحادية عشرة	تنمية اسلوب حل المشكلة للتحكم في الاضطرابات النفسية	1	50 دقيقة	لعب الدور النمذجة والتعزيز/ تدريب الاسترخاء	الواجبات المنزلية اسلوب حل المشكلات
الثانية عشر والثالثة عشر	التقييم والمكافأة الذاتية ودورها في التحكم في الاضطرابات النفسية	2	50 دقيقة	لعب الدور النمذجة والتعزيز/ تدريب الاسترخاء	تقييم ومكافآت الذات الواجبات المنزلية
الرابعة عشر والخامسة عشر	تقديم خطة التغلب على الاضطرابات النفسية	2	50 دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية
السادسة عشر	التحصين التدريجي	1	50 دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز التحصين التدريجي	التحكم الذاتي
من السابعة عشر الى السادسة والعشرين	تقديم التحصين التدريجي	1	50 دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز التحصين التدريجي	التحكم الذاتي
السابعة والعشرين	الجلسة الختامية	1	50 دقيقة	التعزيز	
الثامنة والعشرين	جلسة التقييم	1	50 دقيقة	التعزيز	

مراجع الوحدة الثالثة

المراجع العربية:

- بطرس، بطرس حافظ (2007). إرشاد الأطفال العاديين. عمان: دار المسيرة للنشر والطباعة والتوزيع.
- بنات، سهيلة محمود. (2014). الإرشاد الجمعي. عمان: المكتبة العامرية.
- الرشيدى، بشير صالح، والسهل، راشد على (2000): مقدمة في الإرشاد المهني. العين: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- زهران، حامد عبد السلام (2005): التوجيه والإرشاد النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- زهران، حامد عبد السلام (1998). الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: عالم الكتب.
- سعفان، محمد (2006) الإرشاد الجمعي. القاهرة: دار النهضة.
- شطي، دونالد ويلقيس، أحمد (1989): القائد التربوي وأغناء المنهاج. الأونروا / اليونيسكو. الأردن يوليو.
- شو، مارفن. (1986). ديناميات الجماعة: دراسة سلوك الجماعات الصغيرة. ترجمة مصري حنورة ومحي الدين أحمد حسين. القاهرة: دار المعارف.

- Corey, G. (2005). Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. U.S.A. Thomson, Brooks/Cole.
- Forsyth, D.; (1999). Group dynamics. Boston: Brooks/Cole. Wadsworth. An International Thomson publishing company.
- Gazada, G.;(2008) Group counseling: A developmental approach, Boston: Allyn & Bacon.
- Johnson, D., & Johnson, F.; (2009). Joining together: Group theory and group skills. Boston: Allyn and Bacon.
- Krulik, S. & Rudnick, J. ;(1983) A Strategy Gaming and Problem Solving - An Instructional Pair whose Time has Come.. Arithmetic Teacher, Vol. 31, No. 4, Dec.
- Maletsky, E. M. ;(1982) Problem Solving for the Junior high School. Arithmetic Teacher. Vol. 29, No. 6, Feb.
- Nelson – Jones,R.; (2006). Theory and practice of counseling therapy. London: Sage Publications.
- Rathus, S. A. ;(2002) Psychology In the millennium. New York: Hartcourt college publishers.
- Shertzer, B. & Stone, Sh. ;(2011) Fundamentals of Counseling (2nd ed). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Thompson, Ch. L., Rudolph, L., & Henderson, D. A.; (2004) Counseling children. Astralia: Thomson: Brooks/ Coole.
- Wallace D. B. ;(1990) Gifted and construction of a creative life. In F. D.Horowitz & M. O'Brien (Eds). The gifted and talented: Developmental perspective. Hyattsville, MD: The American psychological association.

الوحدة الرابعة

الإرشاد النفسي في الطفولة



الوحدة الرابعة

الإرشاد النفسي في الطفولة

أولاً: المقدمة:

(1 - 1) تمهيد:

عزيزي الدارس: اهلا بك في الوحدة الرابعة من هذا المؤلف والذي يبحث في مشكلات النمو من الخلق وحتى نهاية مرحلة الطفولة وأساليب الإرشاد فيها حيث يقرر بعض الأزواج في كثير من الأحيان عدم انجاب اطفال لبعض الوقت بعد زواجهم اما لأسباب مالية. او لمجرد انهم يريدون ان يستمتعوا بوقتهم متحررين من القيود العائلية. الا ان هذا القرار غالبا ما يكون غير حكيم اذا لم تكن وراءه اسباب مالية قاهرة. وقد دلت التجارب انه نادرا ما يكون الامر كذلك. واذا كان من غير المتوقع ان يؤدي مجيء طفل الى توثيق الروابط بين زوجين تقوم بينهما خلافات. فلا شك بان انجاب اطفال سوف يكون له اثر كبير في توثيق عاطفة الحب بين الوالدين.

تتألف هذه الوحدة من خمسة أجزاء يبحث الجزء الأول منه في المرحلة الجنينية وأساليب الإرشاد فيها من حيث نمو الجنين وحقوقه، ورعاية الأم الحامل وحقوقها. ويبحث الجزء الثاني في مرحلة المهد وسلوك الطفل حديث الولادة، وتنظيمه للخبرات الحسية. ويبحث الجزء الثالث في مرحلة الطفولة المبكرة ودور معلمة الروضة في تطوير ادراكه الحركي، وأساليب إرشاده. أما الجزء الرابع فيبحث في مرحلة الطفولة المتوسطة ودور المرشد النفسي المدرسي في التعامل مع مشكلاته. وأخيرا يبحث الجزء الخامس في مرحلة الطفولة المتأخرة في مشكلات التكيف المدرسي وأساليب الإرشاد فيه.

(1 - 2) أهداف الوحدة:

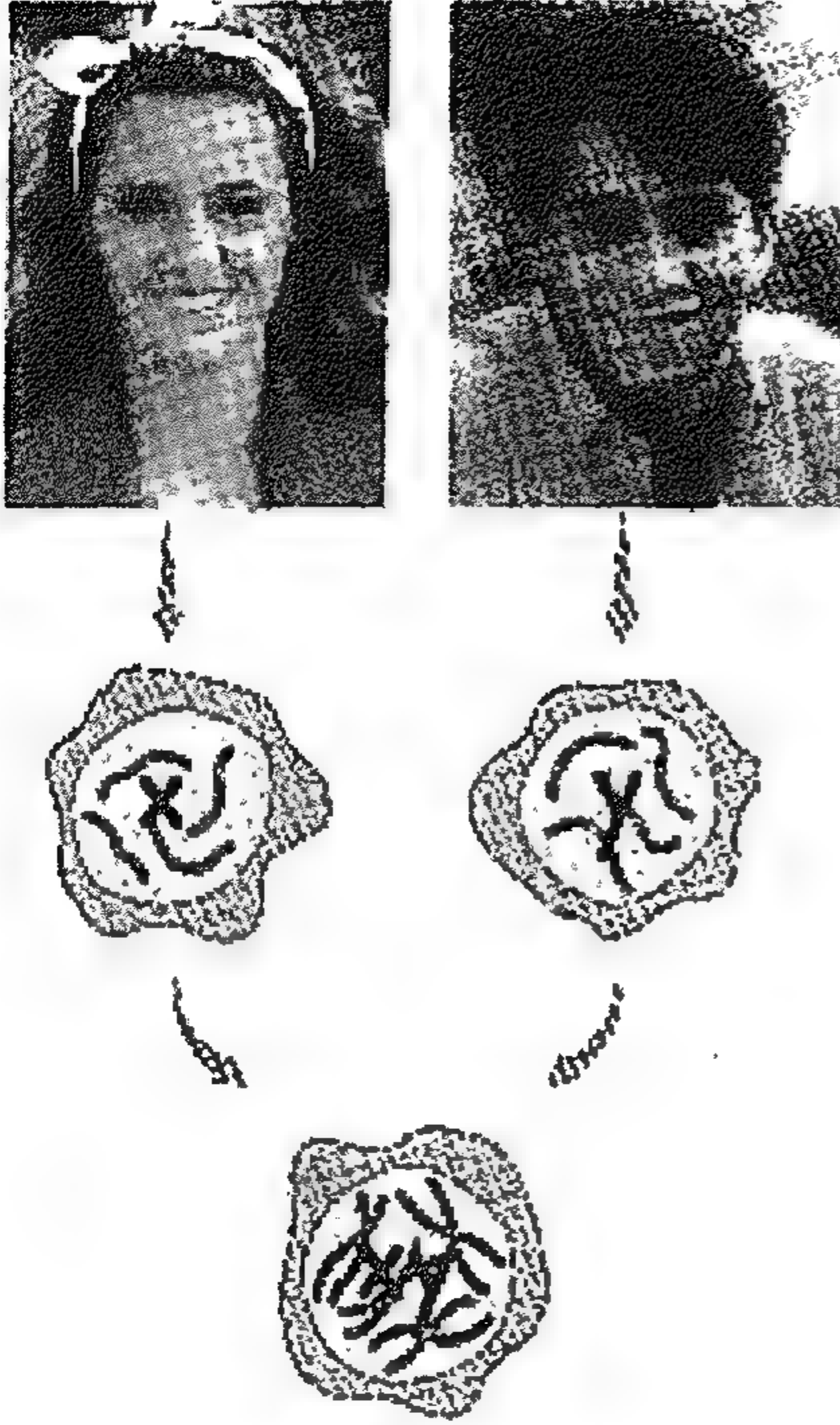
عزيزي الدارس: يتوقع منك بعد الانتهاء من دراسة مادة هذه الوحدة ان تصبح قادرا على أن:

1. توضح أساليب رعاية الأم الحامل.
2. تحدد حقوق الجنين والأم الحامل.
3. توضح الخصائص النمائية للطفل حديث الولادة.
4. توضح قدرة الوليد على التعلم.
5. تبين دور معلمة الروضة في تطوير مظاهر النمو المختلفة لدى الطفل.
6. توضح أساليب التفاعل بين الوالدين والطفل.
7. توضح تطور العلاقات بين الاطفال.
8. تحدد أهداف الإرشاد في مرحلة الطفولة.
9. تبين دور المرشد النفسي في التعامل مع مشكلات الاطفال.

ثانياً: المرحلة الجنينية وأساليب الارشاد فيها:

(1 - 2) نمو الجنين:

(1) التكوين الأساسي للخلية:



تبدأ حياة الإنسان حينما يتحد واحد من حوالي 360 مليون حيوان منوي من الأب مع بويضة من الأم مكونين خلية واحدة ملقحة تسمى الزيجوت أو اللاقحة (النطفة). وتكون البويضة والحيوان المنوي بواسطة خلايا تكاثر تعرف بالخلية الجرثومية. ولاحظ كيف يتم اختزال الخلايا الذكرية والخلية الأنثوية لتشكلان معا الخلية الملقحة (الزيجوت) (Halonen & Santrock, 2007)

وجوهر الجسم الإنساني بناء خلوي. حيث تؤلف الخلايا بدورها الأنسجة ثم الأعضاء. ويبلغ عدد الخلايا في جسم الإنسان حوالي 15 تريليون عند الولادة (التريليون Trillion هو رقم مؤلف من واحد والى يمينه 12 صفراً). تنتج من

انقسام خلية واحدة هي الخلية الأصلية المخصبة (النطفة) التي تبدأ بها حياة الإنسان. وكل خلية من خلايا الجسم سواء أكانت من خلايا العظام أم العضلات أم الجهاز العصبي أم غيرها لها نواة Nucleus عبارة عن كتلة داكنة اللون تحتوي على الكروموسومات أو الصبغيات Chromosomes وهي أبنية بيولوجية على هيئة شريط أو خيط. وتسمى الوحدات الوظيفية التي تؤلف الصبغيات (الكروموسومات) الجينات أو المورثات Genes وهذه المورثات مسؤولة عن تكوين بروتين الجسم الذي يؤثر في نشاط الخلية. بالإضافة إلى أنها هي المسؤولة عن توجيه التغيرات التي تطرأ على الجسم ونموه. (ملحم، 2013)

تحتوي كل خلية من خلايا الإنسان على ستة وأربعين كروموسوم. ويتلقى كل من البويضة والحيوان المنوي من الخلايا الجرثومية نصف العدد الكلي فقط للكروموسومات. أي ثلاث وعشرون كروموسوماً. وبالتالي، فإنه عندما يتحدان فإن الزيجوت يحتوي على العدد الكامل للخلية أي ست وأربعون كروموسوم. وترتب الكروموسومات الست وأربعون الموروثة من الأم والأب في ثلاث وعشرين زوجاً ويأتي كروموسوم واحد من كل زوج من الأب في حين يأتي الآخر من

الإرشاد النفسي في الطفولة

الأم. كل زوج له حجم وشكل مميز. وتتشابه أزواج الكروموسومات الاثنى عشر والعشرين الأول تقريبا. أما الزوج الثالث والعشرون وهو الذي لا يتشابه دائما فإنه يحدد جنس المولود.

يتكون كل كروموسوم من حوالي (3000) جزيء من سكر الكربون لكل منها أساس بروتيني. وبعد الاتحاد (عملية الاخصاب) تصبح الخلية المخصبة تحمل 46 كروموسوم. وكل كروموسوم يحمل أكثر من 50000 جين وتتقابل الجينات الذكرية والانثوية مع بعضها البعض بحيث يؤدي كل زوج منها وظيفة واحدة بالنسبة للكائن الحي (Owens, 2002). وتوجد أربعة أنواع من هذه الأسس البروتينية تؤلف الجزيئات الفرعية لهذه المادة. وتتشكل هذه العناصر على هيئة سلاسل لولبية حلزونية مزدوجة يبلغ عددها بضع مئات من المورث الواحد. وتصنف الأسس الأربعة التي يتكون منه DNA الى فئتين: اثنان منها أكبر حجما من نوع البيورين Purina (وهي مركبات بيضاء متبلورة) يسميان الأدنين Adenine والجوانين Guanine والآخران أصغر حجما من نوع البيرييميدين Pyridine ويعرفان بالثيمين Thiamin والسيتوزين Cytosine. ويمسك اثنان من هذه الجزيئات الفرعية. أحدهما من المجموعة الكبرى والآخر من المجموعة الصغرى. معا جزيئين من جزيئات السكر. ويقع الآخر عند الحافة الأخرى. بحيث تؤلف الأسس البروتينية الأربعة درجات هذا السلم.

يعتبر الجين الوحدة الأساسية للوراثة. وتتكون الجينات من مادة كيميائية معقدة وهي الحمض النووي المعروف باسم Deoxyribonucleic acid أو (DNA) ويقدر حجم جزيء DNA بسمك لا يتجاوز 20 وحدة انجستروم وله بناؤه الأساسي بالإضافة إلى عدد من الجزيئات الفرعية. وتتحكم في إنتاج المواد الكيميائية التي تسمى البروتينات. وتكون البروتينات البنائية الدم، نسيج العضلات، الأعضاء والأنسجة الجسدية الأخرى. وهناك نوع آخر من البروتين وهو الأنزيمات. وتتحكم في التفاعلات الفيزيائية - الكيميائية داخل الجسم. ويزداد عدد الخلايا في الجسم الإنساني عن طريق الانقسام الفتيلي Mitosis وفيه يحدث أولا أن يزداد عدد أزواج الصبغيات في الخلية الواحدة إلى الضعف. وينتج عن ذلك أن تنقسم هذه الخلية إلى خليتين مستقل كل منها بمجموعة كاملة من أزواج الصبغيات. ولهذا يطلق على هذا النوع الانقسام غير المباشر. (وهو يختلف عن انقسام النطفة أو الخلية التناسلية الذي يحدث بطريقة مختلفة ويسمى الانقسام النصفى).

يرث كل واحد منا العديد من الخصائص النوعية ولكل خاصية أو وظيفة جينات خاصة. وتكون لهذه الجينات أماكن محددة على الكروموسومات تسمى مواضع وحينما تتحد البويضة والحيوان المنوي فان الزيجوت يتسلم من كل من الأبوين جينا واحدا لكل موضع على الكروموسوم. ويقال ان الجينات التي توجد على الكروموسومات الجنسية (الزوج الثالث والعشرون) مرتبطة بالجنس حيث أنها تنتقل بطريقة مختلفة إلى كل من الذكور والإناث.

تفرز الأنثى البالغة الصحيحة جسمياً من المبيضين في قناة فالوب بويضة تامة النضج كل 28 يوم (كل أربعة أسابيع) على وجه التقريب. فإذا اتصلت بالحيوانات المنوية التي تفرزها خصيتا الرجل أثناء الاتصال الجنسي. ونجح أحد هذه الحيوانات المنوية من أصل 240 – 250 مليون حيوان منوي يقذفها الرجل في المرة الواحدة (شكل رقم:) في اختراق جدار خلية البويضة القادمة من أحد المبيضين عبر قناة فالوب في طريقها إلى الرحم مدفوعة بحركة الأهداب وتقلص عضلات القناة (شكل رقم) خلال ثلاثة أيام من الجماع يحدث الحمل. يحدث الحمل. (Barraga, 1992)

وكل من البويضة (الأنثوية) والحيوان المنوي (الذكر) من نوع الخلايا. إلا أنها خلايا من نوع خاص. تختلف من حيث البنية وطريقة الانقسام عن الخلايا العادية. ومن أجل ذلك فقد أطلق عليها العلماء اسم الخلايا التناسلية أو الخلايا الجرثومية Gamete. وورد اسمها في القرآن الكريم (النطفة) بقوله تعالى: ﴿أَوَلَمْ يَرَ الْإِنْسَانُ أَنَّا خَلَقْنَاهُ مِنْ نُطْفَةٍ فَإِذَا هُوَ خَصِيمٌ مُبِينٌ﴾ (يس: 77)

تنشأ النطفة عند كل من الذكر والأنثى من الخلية الأولى التي تبدأ منها حياة الإنسان. والتي تكون مؤلفة (كأي خلية عادية) من 46 صبغية (23 زوجاً من الصبغيات) ولكنها تنتج بطريقة الانقسام النصفى Meiosis. حيث يتم بها انقسامان متتابعان في الخلية. وتكرر عملية الانقسام هذه تبعا لمتواليه هندسية (2، 4، 8، 16.... وهكذا) بحيث يوجد لدى الإنسان الراشد حوالي 26 بليون خلية. وبها يتم اختزال عدد الصبغيات من ثنائية الصبغيات (أزواج) إلى أحادية الصبغيات (صبغيات منفردة). وهذا يعني أن كل زوج من الصبغيات في الخلية الأصلية ينفصل. فيتوجه كل صبغي من الصبغين إلى إحدى الخليتين الجديدتين. وينتج عن ذلك أن تتألف كل خلية من 23 صبغية فردية فقط. وهذا هو التكوين الأساسي للنطفة. سواء كانت ذكورية (حيوان منوي) أو أنثوية (بويضة). إضافة إلى ذلك، فإنه قبل انفصال الصبغيات وتوزيعها على الخلايا الجديدة يحدث الكثير من العمليات الوراثية من أبرزها:

- التبادل Exchange: في جزيئات حامض DNA مما يؤدي إلى حدوث شفرة وراثية جديدة. وتكون نمط وراثي جديد داخل النطفة يكون خليطاً من الإسهام الوراثي لكل من الوالدين. كما أنه لا يتطابق تماماً مع ما لدى أي منهما.
- التقاطع Cross over: وفيه تحل مورثات أحد ثنائي الصبغي محل مورثات الثنائي الآخر. وتسمى هذه الحالة أحياناً العبور.
- القفز Jumping: وفيه تتحرك المورثات من موضع إلى آخر داخل الصبغيات وتؤدي إلى تعديل آثار مورثات أخرى.
- الطفر Mutation: وفيه تمر المورثات بتغيرات تلقائية تنتقل من جيل إلى آخر بعد ذلك.

الإرشاد النفسي في الطفولة

وحيث تتصل النطفة الأنثوية (البويضة) بالنطف الذكورية (الحيوانات المنوية) وينجح أحدها في اختراق جدار خلية البويضة يحدث الحمل Conception وفي هذه العملية تندمج نواتا الخليتين لتصبح أول خلية في حياة الإنسان. وهذا يسمى الإخصاب Fertilization وإخصاب البويضة بالحيوان المنوي يحدث عادة في قناة فالوب. وبعد الإخصاب مباشرة تبدأ الخلية الجديدة رحلتها إلى الرحم. ويسمى علماء الأجنة والوراثة الخلية المخصبة Zygote أي الزيجوت أو اللاقحة. والأصح استخدام التعبير القرآني الكريم (النطفة الأمشاج). بقوله تعالى: ﴿إِنَّا خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ نُطْفَةٍ أَمْشَاجٍ نَبْتَلِيهِ فَجَعَلْنَاهُ سَمِيعًا بَصِيرًا﴾ (الإنسان:2).

والنطفة الأمشاج (البويضة المخصبة أو الزيجوت أو اللاقحة) لا يزيد طولها عن 1/10 من المليمتر. ولا يزيد وزنها عن جزء من المليون من الجرام. ويحيط بها الماء كما يكون الماء الجزء الأكبر منها. ومن هنا كانت تسميتها في القرآن الكريم بالماء المهيّن. بقوله تعالى: ﴿أَلَمْ نَخْلُقْكُمْ مِنْ مَاءٍ مَهِينٍ (20) فَجَعَلْنَاهُ فِي قَرَارٍ مَكِينٍ (21)﴾ (المرسلات: 20 – 21). ويمتد هذا الطور من اللحظة الأولى للحمل وحتى اليوم السادس أو السابع من بدايته. وخلال الأيام الثلاثة الأولى من الحمل تصبح النطفة الأمشاج مؤلفة من 16 خلية. وتأخذ عندئذ شكل ثمرة التوت. ولذلك يطلق علماء الأجنة على هذا الطور "طور التوتة Morula" وطوال الفترة السابقة تتحرك النطفة الأمشاج متنقلة من قناة فالوب في المبيض متجهة نحو الرحم. تدفعها الشعيرات الدقيقة Cilia الموجودة بقناة فالوب حتى تصل إلى الرحم بالفعل. وخلال هذه الفترة يكمل باطن الرحم استعداداته لاستقبال النطفة الأمشاج. وذلك بزيادة عدد الأوعية الدموية والنظم الغددية في جدار الرحم حتى يصبح أملس على نحو يسمح ببقاء النطفة والتصاقها بجداره. بحيث تتلقى غذاءها منه. وإذا لم يتم الرحم استعداداته لاستقبال النطفة الأمشاج فإنها تسقط مع أول دورة شهرية (حيض) الأم.

وعندما تدخل النطفة الأمشاج (أو التوتة) الرحم. فإنه يطرأ على شكلها تغير جوهري وذلك بسبب دخول السائل الموجود في تجويف الرحم إلى النطفة الأمشاج. فتبدأ بالتجويف. وفي اليوم الخامس من الحمل تتحول النطفة الأمشاج إلى ما يسمى بالكرة الجرثومية Blastula بحيث تصبح النطفة الأمشاج كالكرة من حيث الشكل الخارجي والفراغ الداخلي الذي يملؤه جزء من السائل الدقيق في التجويف الرحمي.

وحيث تلتصق العلقة بجدار الرحم تبدأ عملية التغذية وهو ما لم يكن موجودا في الطور السابق. حيث كان تكاثر النطفة الأمشاج. وطوال فترة الأيام الستة الأولى من حياة الجنين عن طريق الانقسام. إلا أن طور العقلة لا يتجاوز قطره أجزاء من المليمتر. ويمتد طور العقلة لمدة أسبوع. وبنهايته يكون الجنين قد بلغ من العمر 15 يوما تقريبا. وعندما تلتصق العقلة بجدار الرحم في اليوم السابع من الحمل تقريبا يمكن لها الاستمرار في الحياة. بسبب التغذية التي تأتيها

من الرحم. وفي هذه الفترة الحرجة من الحمل يتم إفراز هرمون يمنع الأم من إفراز العادة الشهرية ويتوزع على جسم الأم كله ويظهر في البول. ويظهره تكون علامة إيجابية على الحمل في الاختبارات التي يجريها الأطباء. وبالتالي، تهيئة الرحم الذي تلتصق به العلقه على نحو أفضل. بقي ان نشير هنا إلى أن الفقه الإسلامي قد حدد عدة المرأة بالفترة التي يمكن ان يحدث فيها الحمل مع وجود.

يبدأ طور المضغة في الأسبوع الثالث من الاخصاب بعد تعلق الكرة الجرثومية بالرحم حيث تتكون كتل داخلية من الخلايا نتيجة نشاط ما يسمى الشريط الأولي Primitive steak ويؤدي تمايز هذه الطبقات الى ظهورها الى ظهور ما يسمى الكتل البدنية Semites التي تبدأ بالتكثف حول المحور ثم تنمو بسرعة على جانبيه. وتلامس الشق العصبي Neural groove وتبدأ هذه الكتل في الظهور من أعلى بعد انقضاء ثلاثة أسابيع تقريبا على الحمل. وتظهر منها أولا كتلتان: واحدة على كل جانب. ثم يتوالى ظهورها تباعا.

ومع نهاية الشهر الأول من حياة الجنين تتمايز هذه الكتل إلى ثلاث طبقات هي:

- **الطبقة الخارجية Ectoderm:** والتي منها ينمو بعد ذلك الجلد وأعضاء الحس والجهاز العصبي.
- **الطبقة الداخلية Endoderm:** والتي منها تنمو فيما بعد الأجهزة الهضمية والتنفسية والغدية.
- **الطبقة المتوسطة Mesoderm:** التي منها تنمو فيما بعد الأجهزة الدورية والإخراجية والعضلية

يبدأ طور المضغة من أوائل الأسبوع الثالث من حياة الجنين ويمتد حتى نهاية الأسبوع السادس من عمره. تظهر خلالها الكتل البدنية المشار إليها أعلاه. والتي يبلغ عددها من 42 – 45 زوجا. لتعطي للجنين شكل اللحم الممضوغ. وتنمو المضغة من كتل كبيرة من الخلايا خلال فترة قصيرة لا تتجاوز ستة أسابيع إلى طفل مصغر. ويتكون في الطبقة الخارجية أربعة أغشية تهيئ للمضغة النمو. وأحد هذه الأغشية هو الكيس الأمني Amniotic sac وهو عبارة عن كيس ماء (سائل ملحي يحيط بالمضغة) محكم يحيط بالمضغة ويمتلئ بالسوائل التي تصل إليه من أنسجة الأم. ووظيفته حماية المضغة النامية من الإصابات. ومن آثار الجاذبية. والمحافظة على درجة حرارة دافئة ثابتة يقوم بإحداثها جسم الأم. وتهيئة بيئة عديمة الوزن تسهل حركة الكائن النامي وتساعد على تدريب أجزاء الجسم النامي. ويطفو بجانب المضغة الصغيرة كيس ممتلئ بصغار البويضة على شكل بالونة ينتج خلايا دموية للمضغة. ويظل يعمل حتى تستطيع المضغة إنتاج خلاياها الدموية. كما يتصل هذا الكيس بغشاء ثالث هو المشيمة Chorine التي تحيط بكل من

الإرشاد النفسي في الطفولة

الغشاء الأمني والمضغة. وأحد جوانب كيس المشيمة مغطى بأبنية أشبه بالجدور أو الزغب تقوم بعملية دمع الغذاء للكائن من أنسجة الرحم. وهذه المنطقة تتحول بالتدريج إلى باطن المشيمة. أما الغشاء الرابع فيسمى Allantois ويؤلف الحبل السري والأوعية الدموية في المشيمة.

وخلال مرحلة المضغة يحدث النمو بمعدل فائق السرعة. فبعد أسبوعين من الإخصاب يتحول جزء من طبقة المضغة الخارجية إلى أنبوب عصبي سرعان ما يصبح الرأس والمخ والنخاع الشوكي. ومع نهاية الأسبوع الثالث يتكون قلب بدائي وأوعية دموية. وفي الأسبوع الرابع يبدأ القلب في النبض دافعا الدم خلال الشرايين والأوردة الصغيرة في المضغة. وتتشكل العينان والأذنان والأنف والفم. وفي الأسبوع الخامس تنشأ فجأة براعم صغيرة تتحول إلى الذراعين والساقين ثم تنمو في الاتجاه من الوسط الى الأطراف (من الداخل إلى الخارج) ويتبع ذلك نمو السيقان بعد عدة أيام.

وبعد شهر من الإخصاب لا يزيد طول المضغة عن ربع بوصة ولكن حجمها يزيد على حجم اللاقحة أو النطفة الأمشاج التي تطورت بمقدار عشرة آلاف مرة. ولن يتعرض الإنسان في حياته بعد ذلك لأي معدل في النمو أو يتغير بمعدل من السرعة يصل إلى هذه الدرجة بحال من الأحوال (Berk, 2007).

يقضي الفرد تسعة أشهر في مراحل الجنين الأولى داخل بطن أمه ثم يخرج إلى الحياة.

قال تعالى: ﴿هَلْ أُنِى عَلَى الْإِنْسَانِ حِينٌ مِّنَ الدَّهْرِ لَمْ يَكُنْ شَيْئًا مَّذْكُورًا (1) إِنَّا خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ نُّطْفَةٍ أَمْشَاجٍ نَّبْتَلِيهِ فَجَعَلْنَاهُ سَيِّعًا بَصِيرًا (2)﴾ (الإنسان: 1، 2)

وتعتبر الولادة حدثا هاما. نظرا للتأثيرات التي يتعرض لها الوليد في أثنائها. فبعد أن ظل الجنين في بطن أمه تسعة أشهر تكون المرأة الحامل قد تهيأت جسميا ونفسيا لعملية الولادة. فيزداد نشاط الغدة النخامية التي تقوم في هذه الفترة بإفراز هرمون أوكسيتوسين Oxytocin الذي يساعد على تقبض عضلات الرحم. ويزداد نشاط وفعل المبيضين بصفة خاصة. والتي تفرز هي أيضا هرمون الاستروجين مما يعد المرأة لعملية الولادة.

(2) عملية الولادة:

في نهاية الأسبوع الأربعين من حياة الجنين، يبدأ استعداد الأم للولادة. وكذلك استعداد الجنين للخروج الى عالم آخر غير العالم الذي كان فيه طوال فترة الحمل.



يبدأ المخاض عند الأم بتقلص الرحم أو انقباضه، وتشعر الأم الحامل به على شكل آلام في البطن أو أسفل الظهر. وتزداد هذه الانقباضات شدة وتكراراً مع تقدم المخاض. وتستغرق فترة تقلصات الرحم المنتظمة (الطلق) منذ بدايتها حتى لحظة الولادة ما بين 4 - 24 ساعة في حالة الولادة الأولى. من أجل أن تتوسع قناة الرحم لتصل إلى مرحلة الكمال التي سوف يجتازها الجنين ليخرج من نهايتها إلى هذا العالم. أما في حالة الولادة الثانية وما بعدها. فإن زمن الطلق يتناقص ليصبح ما بين: 2 - 6 ساعات. وتحدث التقلصات لفترة تتراوح ما بين 40 - 50 ثانية، تتكرر كل دقيقتين أو ثلاث دقائق. وتبدو مظاهر المخاض على شكل خروج المخاط الملطخ بالدم من المهبل. ونزوله يسهل على المولود المرور عبر قناة الولادة (قناة الرحم).. قال تعالى: ﴿وَاللَّهُ أَخْرَجَكُمْ مِنْ بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ﴾ (النحل: 78) ويمر المخاض بثلاث مراحل هي (Berk, 2007):

- **المرحلة الأولى:** هي انفتاح عنق الرحم ودفع الجنين إلى خارجه. وتستغرق هذه المرحلة حوالي تسع ساعات وقد تطول أو تقصر قليلاً.
- **المرحلة الثانية:** وهي مرور الوليد خلاله عبر المهبل إلى الخارج. وتستغرق هذه العملية حوالي ساعة ونصف في الطفل الأول أما في الولادات التالية. فإنه يستغرق نصف ساعة.
- **المرحلة الثالثة:** وهي مرحلة خروج المشيمة. وتستغرق هذه المرحلة حوالي ربع ساعة.

عزيزي القارئ: هناك جملة من الحقائق الثابتة حول عملية الولادة لا بد من التعرف عليها. تتمثل في الآتي: (الريماوي، 2007)

- قبل الولادة بأيام يتخذ الجنين وضعا معيناً. فيتجه رأس الجنين إلى أسفل ورجلاه وقدماه إلى أعلى ثم يبدأ المخاض بتقلصات الرحم لتدفع الجنين إلى أسفل خارج الرحم. إلا أن هذه



(a)



(b)



(c)

الحالة قد تتغير وتبدل.

■ أن مدة المخاض في الحمل

الأول أطول منها في

الأحمال التالية.

■ في بعض الحالات قد

يضطر الطبيب المولد (أو القابلة/ الممرضة) إلى سحب الجنين عبر قناة الولادة باستخدام كلاب خاص. وقد يكون الجنين في وضع مقلوباً أو مستعرض. أو تكون القناة ضيقة تحول دون انزلاق سلس للجنين. عندها يضطر الطبيب إلى إخراج الجنين بعملية جراحية.

الإرشاد النفسي في الطفولة

(الولادة القيصرية: وسميت بهذا الاسم نسبة الى الامبراطور الروماني يوليوس قيصر الذي اشار المؤرخون الى ولادته بنفس الطريقة).

■ تتطلب لحظة الميلاد تكيف المولود بسرعة مع الضوء والجاذبية والبرد والمثيرات البيئية الآخر. حيث يكون المولود لحظة ميلاده منهكا جسميا. مما دعا لوبي Leboyer العالم الفرنسي الى ابتداء طريقة تخفف على المولود صدمة الميلاد. وذلك بايجاد جو من الهدوء قبيل الميلاد شبيه بهدوء جو الرحم. ففي لحظة الميلاد تخفض الاضاءة والأصوات. ويوضع المولود على بطن الأم حتى قبل قطع الحبل السري Umbilical cord حيث يوفر جسم الام للمولود المشاعر الدافئة وضربات القلب التي اعتاد سماعها داخل رحم الام.

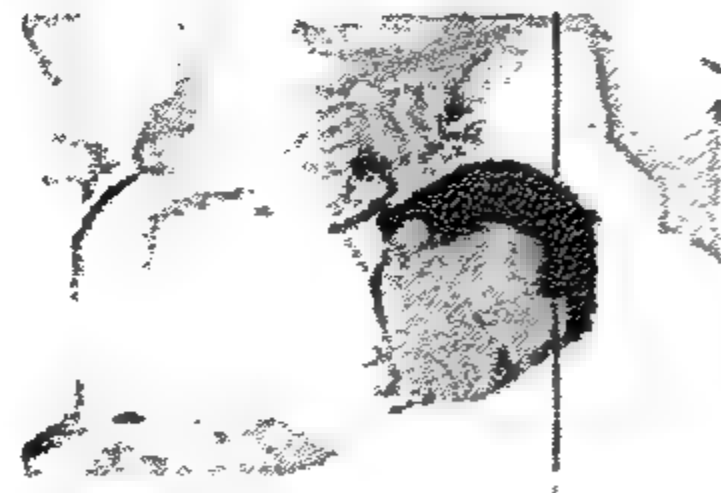
■ يعتبر الحمل كاملا اذا ما قضى الجنين في رحم أمه ما بين سبعة وثلاثين وأربعين اسبوعا. ولكن قد يولد الطفل قبل الأوان Prematurely فيأتي الوليد اقل وزنا واصغر حجما. ويعتبر في هذه الحالة خداجا Premature اذا قل وزن عن 2.5 كغم. وتزداد احتمالات وفاته ان قل وزنه عن 2.00 كغم مما يتطلب عناية مركزة للمولود ووضعه في حاضنة Incubator الى ان ينضج.

وتشير الدراسات في هذا المجال الى اختلاف هذا النوع من المواليد عن المواليد العاديين. فهؤلاء الاطفال اقل انتظاما في النوم، واكثر بكاء وأكثربطاً في ردود افعالهم الاجتماعية كالابتسامة وغير ذلك. الا ان هذه الفروق تختفي مع نهاية مرحلة الحضنة.

بعد تمام عملية الولادة يجب ان يتم فحص طبي شامل لكل من الوليد وأمه. حتى يتم التأكد من ان عملية التنفس قد بدأت فور ولادة الطفل. ويبدو ذلك في شكل صيحة يطلقها الوليد نتيجة لمرور الهواء لأول مرة بحباله الصوتية. وكذلك التأكد من خلوه من التشوهات والعلامات المرضية أو اية عوارض أخرى. كما يجب ان يتأكد الطبيب من سلامة الام بعد عملية الولادة.



Rooting reflex



Darwinian reflex



Tonic neck reflex



Moro reflex



Babinski reflex



Walking reflex

ولما كانت عملية الولادة تمثل انتقال الوليد من بيئة رحم الام الى العالم الخارجي فان الوليد يبدأ يستقل بأمر نفسه وغذائه. خاصة بعد ان يتم قطع الحبل السري مباشرة بعد الولادة. وبانتقاله من بيئة

رحم الأم حيث درجة الحرارة الثابتة الى العالم الخارجي الذي يتعرض فيه الى تقلبات درجات الحرارة. والمؤثرات البيئية العديدة. بعضها ظاهر للعيان وبعضها الآخر خفي لا يرى.

ويعتمد الوليد اعتمادا كاملا على الآخرين. فهو كائن انساني لا حول له ولا قوة يأتي الى العالم الخارجي ولديه امكانيات كافية. وبعض أجهزته على اتم استعداد للعمل مباشرة من اجل المحافظة على حياته. وبعضها الآخر تحتاج الى بعض الوقت كي تقوم بوظائفها على الوجه الاكمل. الا ان الوليد في هذه المرحلة لا يستطيع احداث اي تعديل في بيئته من اجل اشباع حاجاته في النمو الا عن طريق امه. ومن اجل ذلك فان عملية الامومة لازمة لبقائه. الا انه وبالرغم من ضعفه الظاهر وعدم قدرته على احداث اي تغيير في مجريات حياته الا انه يملك بعض القوة التي حباه الله بها للبقاء حيا. فضعفه يجلب الآخرين اليه لرعايته وجاذبيته تملأ القلوب محبة وعطفا. (زهران، 2005) وعند خروج الوليد الى العالم الخارجي يقوم والداه بتسميته والاستعداد النفسي لرعايته من كافة نواحي نموه.

ويعد الاسبوعين الاولين من الحياة خارج بطن الام ما هي تكملة لتلك الشهور التسعة لأنها تعتبر فترة اعداد للتكيف مع العالم الخارجي الذي سيعيش خلاله. والطفل ريثما يولد فانه يبدأ عملية التكيف هذه. ويبدأ عملية تنسيق بين متطلبات هذا الجسم من طعام وشراب وتنفس وهضم وافراز واخراج ونوم ويقظة.. الخ. كل ذلك يتم بواسطة عوامل فطرية واستعدادات طبيعية زوده الله بها سبحانه فاحساس الجوع والعطش والالام والرغبة في النظافة والبكاء للتعبير عن متطلباته. كل هذه عوامل فطر عليها الطفل. لكنه يمر بمرحلة التوافق. وهي محاولة تنظيم هذه العمليات.

(2 - 2) رعاية الام الحامل:

يتضمن الحمل والولادة دخول الفتاة في دور اجتماعي جديد هو دور الام. بما يصاحب ذلك من ضرورة تعلم معايير اجتماعية جديدة، وقدركبير من المعلومات المتعلقة بعملية الولادة. خاصة وانه يمكن ملاحظة العديد من التحولات الاتجاهية المتتالية والمشاعر والاتجاهات المرتبطة بشهر العسل.

فالمرأة الحامل تميل الى التركيز على التغيرات التي تطرأ على جسدها من انتفاخ الثديين والغثيان، والتعب. وبعض المأكولات غير العادية التي تحتاجها. كما ان احساس الضعف والتعب والتهيج والمزاج المتأرجح يميل الى جعل المرأة تشعر بأنها قد تغيرت في طرق لا يمكنها السيطرة عليها. وازدياد التمرکز الذاتي والتعب الجسمي الذي يحل بها قد يجعلها لا تحس بالسعادة الزوجية. وهي ازاء ذلك تحتاج الى قدر كبير من المساندة الانفعالية من قبل الزوج والاهل والمحيط.

الإرشاد النفسي في الطفولة

ولا بد للام الحامل من ان تحرص خلال الاشهر الاولى للحمل الا تنتقل اليها عدوى الحصبة الالمانية. الا اذا كانت قد اصببت بها بالفعل. لان مرض الام بها يمكن ان يؤثر في الطفل. ويجب ان تتجنب جميع انواع التطعيم خلال الستة اشهر الاولى للحمل لانها قد تؤدي الى الاجهاض. ويفضل ان تضع المرأة الحامل نفسها تحت رعاية الطبيب وان تراعي نصائحه بشأن الاغذية التي تتناولها. وان تتجنب تناول الادوية التي يمكن تؤثر في الجنين. وعلى المرأة الحامل ان تبلغ الطبيب عند حدوث اي نزيف او تورم في الكعبين او شعور بالتوعك حتى يمكنه البحث عن سببه ووصف العلاج الملائم.

وهناك مسألة مهمة ايضا وهي معالجة اي مظهر للانيميا لا لمجرد انها تزيد شعور الام بالتعب بل لانها يمكن ان تصيب الطفل بالانيميا بعد ولادته بعدة اشهر. فالطفل في هذه الحالة لا يكون قد حصل من امه على حاجته من الحديد.

وكثيرا ما ينفق الاباء اموالا لا ضرورة لها في شراء معدات غير لازمة او انها لا تستخدم الا قليلا. فقطع الاثاث الخاصة بالاطفال كالموائد الصغيرة والادراج الصغيرة والدولاب الصغير والفرش المزين برسوم الاطفال كلها غالية الثمن لا يلبث الطفل ان يكبر ولا يكون بحاجة اليها. فاحتياجات الطفل من الملابس والمعدات بسيطة جدا يمكن ان استخدمها لفترات زمنية اطول.

(1) برامج رعاية الأمومة:

تبدأ رعاية الأم منذ طفولتها وقبل الزواج وقبل بدء الحمل، وأثناء الحمل. خاصة وان النمو السريع للجنين في بطن أمه والطفل بعد ولادته والتغيرات الفسيولوجية التي تمر بها الأم الحامل والمرضة والأطفال والمراهقين يتطلب توفير الرعاية الخاصة والاشراف الصحي للأم ورفع مستوى الرعاية في سن الانجاب والعمل على تقليل مخاطر الحمل والولادة والنفاس وما حول الولادة. حتى يتمكن المولود من العيش وسط بيئة صحية. يتمتع فيها بالحب والطمأنينة والتغذية الكافية، والرعاية الطبية الكافية. ويمكن ازاء ذلك تقديم خدمات الرعاية التي تؤدي عن طريق مراكز رعاية الامومة والطفولة في وحدات الرعاية الصحية الأساسية التالية (قنديل، وشلبي، 2006):

- التثقيف الصحي للانات أثناء التعليم في المدارس وكيفية الاهتمام بالصحة الشخصية وعلم وظائف الأعضاء وأهمية صحة الأم والطفل.
- الارشاد الوراثي وفحص الراغبين في الزواج، والكشف الطبي قبل الزواج لاكتشاف الحالات المرضية، وخاصة الأمراض المزمنة والأمراض المنقولة وراثيا. وتجنب زواج الأقارب لما قد ينتج عنه مشكلات وراثية للجيل الجديد.

- رعاية الأم قبل الحمل لمنع حدوث بعض المضاعفات أثناء الحمل.
- الرعاية أثناء الحمل التي توجه للحامل والتأكيد على حمل آمن ومولود سليم. واكتشاف الحالات الأكثر عرضة للمخاطر بين الحوامل لاعطائها مزيداً من الرعاية وتحويل الحالات ذات الخطورة العالية لمستوى أعلى من الخدمات الصحية. وخفض معدلات الإصابة بالأمراض ووفيات ما حول الولادة وحديثي الولادة. بحيث تقوم الأم الحامل بزيارة المراكز الطبية في الأحوال العادية بشكل دوري.
- التثقيف الصحي والغذائي أثناء فترة الحمل: واعطاء الأم الحامل توعية صحية في مجالات متعددة من أبرزها الحمل والانجاب وعلامات بدء الولادة وأعراض الخطر في الحمل، والرضاعة الطبيعية وأهميتها وطرق العناية بالطفل حديث الولادة. وتعريف الأم بمكونات الغذاء الصحي المناسب الذي يشتمل على كل العناصر الغذائية الضرورية أثناء الحمل. وتحديد احتياجاتها من الغذاء. وتجنب كل اصناف الأدوية والمنبهات مثل القهوة وشرب الكحول. والاقلاع عن التدخين وتجنب المأكولات التي تحتوي على الكيماويات والمواد الحافظة. والابتعاد عن مبيدات الحشرات أو المعادن.
- الرعاية أثناء النفاس والولادة: فقد تتم معظم الولادات في البلاد المتقدمة في المستشفيات المتخصصة. ولكن تتم أكثر الولادات في البلدان النامية في المنازل بواسطة القابلات أو الموليدات. ويأتي دور مراكز الرعاية الصحية الأولية وخاصة مراكز رعاية الأمومة والطفولة في نشر الوعي الصحي الخاص بمتابعة ورعاية الأم الحامل حتى ميعاد الولادة بحيث يتحدد مكان الولادة تبعاً للحالة الصحية للأم والجنين ووضعها في الأسبوع الأخير من الحمل وأثناء الولادة. ويجب ان يؤخذ في الاعتبار حجرة الولادة والأغطية التي تهيأ بالأدوات اللازمة لعملية التوليد، ومحاولة اتمام الولادة بطريقة طبيعية بقدر الامكان. ومن الضروري تقديم الرعاية الجسمانية والنفسية والاجتماعية. وتدريب الام على الأوضاع السليمة للطفل والطريقة الصحيحة للرضاعة الطبيعية، والاهتمام بتغذية الأم المرضعة وكيفية العناية بالمولود.
- الرعاية أثناء الفترة بين حمل وآخر وتنظيم الأسرة وعلاج العقم.
- رعاية الأطفال المبتسرين وذوي المخاطر العالية.
- الوقاية ومكافحة وعلاج الأمراض التي تصيب عادة الأطفال حديثي الولادة مثل الاسهال، وأمراض الجهاز التنفسي.
- التثقيف الصحي والغذائي للأم.
- الرعاية الاجتماعية لضمان توفر الجو الأسري للطفل.

(2) المباشرة بين الولادات:

ليس من الحكمة ان ينجب الاباء اطفالا تفصل بينهم فترات قصيرة. لان ذلك يضر بالام التي لا تتوافر لديها الفرصة لاستعادة صحتها بعد الولادة وقبل بدء الحمل الجديد. وان المباشرة بين الولادات تجنب الأم كثيرا من المخاطر التي هي في غنى عنها:

فالحمل في سن مبكرة قبل الثامنة عشرة أو في سن متأخرة بعد الخامسة والثلاثين يزيد من المخاطر الصحية على كل من الام والوليد. كما يتزايد احتمال ولادة اطفال خدج او ناقصي النمو او مشوهين خلقيا كما يزيد من خطورة وفاة الاطفال الصغار بنسبة 50% اذا كان الفاصل الزمني بين ولادة طفل وطفل آخر اقل من سنتين. ويزيد الحمل المتكرر والولادات المتلاحقة من المخاطر التي تتعرض لها الام عند الحمل والولادة. كما تحتاج الامهات الى وجبات غذائية اضافية اثناء الحمل والى فترة اطول من الراحة. واذا كانت المرأة الحامل تدخن او تتعاطى الكحول او العقاقير اثناء فترة الحمل. فقد يتعرض جنينها للمخاطر التي قد تؤدي الى تشوهات خلقية وقد يؤدي الى الوفاة.

وان هناك طرقا كثيرة مأمونة ومقبولة من اجل تأخير الحمل. وتستطيع دور رعاية الامومة تقديم الخدمات التي تساعد الزوجين وتمكنهما من تحديد عدد الاطفال الذين يرغبان في انجابهم. وتحديد الفاصل الزمني بين مولود وآخر. ومتى يتوقفان عن الانجاب.

(3) الرضاعة الطبيعية:

تلاحظ الامهات ان ثديهن يكبر في وقت الحيض. وان الزيادة في الحجم تستمر ثلاثة او اربعة ايام ثم تزول. وبعد الحمل يكبر حجم الثديين في موعد الحيض الاول الذي انقطع نزوله. ولكنه لا يزول بعد ذلك بل يستمر طوال مدة الحمل. والسبب هو تأثير بعض المواد الكيماوية او الهرمونات. وفي الاسابيع الاثني عشر الاخيرة للحمل يفرز الثديان افرازا رائقا لا لون له يسمى الكولستروم. ثم يتحول هذا الافراز فيصبح اصفر اللون ثم الى لون الحليب بعد ولادة الطفل بيومين او ثلاثة. وخلال اربعة ايام او خمسة بعد الولادة. وحوالي اليوم الثالث في العادة بعد ولادة الطفل الاول. يمتلئ الثديان بسرعة كبيرة في الغالب. ويسمى ذلك بتدفق الحليب. ومن المألوف ان تشعر الام في هذا الوقت بأن الثديين متورمان ويحدثان في حالات قليلة بعض الالم.

وتشعر بعض الامهات بعد شهر من الولادة بشعور غريب في الثدي عندما يبدأ الطفل بالرضاعة. فبعد نحو نصف دقيقة من بدء الطفل في الرضاعة يشعرون بالام خفيفة من الثدي كأنها شكاات دبائيس. ويصاب الثدي بشيء من التورم. وكثيرا ما يخرج الحليب من الثدي الذي لا يرضعه الطفل. وان هذا الاحساس ينتاب بعض الامهات اثناء استعدادهن لارضاع الطفل. بل بمجرد تفكيرهن في ارضاعه.

ويجب البدء بارضاع الطفل من ثديي أمه خلال نصف ساعة من ولادته. كما ينبغي ارضاعه كلما طلب ذلك. وعندما يبدأ الطفل شهره الخامس فإنه يحتاج الى أغذية اضافية متنوعة. اضافة الى حليب الام الذي يجب الاستمرار في اعطائه للطفل حتى السنة الثانية من عمره الى جانب الأطعمة المكمل.

(2 - 3) حقوق الأم الحامل:

للأم حقوق شرعية وحقوق مادية وحقوق نفسية (الريماوي، 2007): فحقها الشرعي ان تظل في عصمة زوجها. ولا يجوز لها ان تتزوج بآخر او تجبر على الزواج بآخر قبل وضع حملها. وحقها المادي في توفير ما تحتاج اليه من أغذية ومن رعاية طبية كلما دعت الضرورة الى ذلك. وحقها النفسي أن يكون زوجها واسع الصدر، متفهما لبعض شكاواها شبه المرضية، وشبه النفسية، كالدوخة والدوار والرغبة في التقيؤ والتكاسل واشتهاء أشياء غير متوفرة أو باهظة الثمن. وكذلك في توفير الراحة والطمأنينة والابتعاد عن المشكلات والصراعات بقدر الامكان. وحمايتها من التهديد او اجبارها على القيام بأعمال شاقة اثناء الحمل او الكشف عن هوية الجنين ان كان ذكرا او انثى. فالشاركة الوجدانية من قبل الزوج لزوجته في تحمل اعباء الحمل الجسمية والنفسية وتشجيعها على التحمل. وتهوين الامر عليها يشجع الام الحامل على التحمل. وتهوين الأمر عليها. خاصة في حملها الاول.

(2 - 4) حقوق الجنين:

وللجنين حق شرعي في الارث والوصية والنسب باعتباره كائنا حيا له استقلالته والاعتداء عليه بأية وسيلة يستوجب العقوبة. كما ان للجنين حق انساني في الحفاظ عليه وان نقيه من اخطار وراثية صفات الالباء او الاسلاف الضعيفة او الحاملة لأمراض وراثية. وله حق حماية جسمه من تسرب الامراض اليه من جسم امه. كالحصبة الألمانية او بعض البكتيريا القادرة على اختراق مناعة المشيمة. وله حق حمايته من تأثير المواد الكيماوية الضارة التي قد تصله عبر جسم أمه من خلال التدخين، او تعاطي المخدرات او تناول المشروبات الروحية. وله حق حمايته من آثار الاشعاعات الضارة به. وحق توفير العلاج السريع فور ولادته اذا كان بحاجة للعلاج. وله الحق في اختيار اسم مناسب له. يكون مناسباً لروح العصر وحضارته.

ثالثاً: مرحلة المهد وأساليب الارشاد فيه:

لما كانت عملية الولادة تمثل انتقال الوليد من بيئة رحم الام الى العالم الخارجي فان الوليد يبدأ يستقل بامر نفسه وغذائه. خاصة بعد ان يتم قطع الحبل السري مباشرة بعد الولادة. ويانتقاله من بيئة رحم الأم حيث درجة الحرارة الثابتة الى العالم الخارجي الذي يتعرض فيه الى

الإرشاد النفسي في الطفولة

تقلبات درجات الحرارة، والمؤثرات البيئية العديدة. بعضها ظاهر للعيان وبعضها الآخر خفي لا يرى.

ويعتمد الوليد اعتمادا كاملا على الآخرين. فهو كائن انساني لا حول له ولا قوة يأتي الى العالم الخارجي ولديه امكانيات كافية. وبعض أجهزته على اتم استعداد للعمل مباشرة من اجل المحافظة على حياته. وبعضها الآخر تحتاج الى بعض الوقت كي تقوم بوظائفها على الوجه الاكمل. الا ان الوليد في هذه المرحلة لا يستطيع احداث اي تعديل في بيئته من اجل اشباع حاجاته في النمو الا عن طريق امه. ومن اجل ذلك فان عملية الامومة لازمة لبقائه. الا انه وبالرغم من ضعفه الظاهر وعدم قدرته على احداث اي تغيير في مجريات حياته الا انه يملك بعض القوة التي حباه الله بها للبقاء حيا. فضعفه يجلب الآخرين اليه لرعايته وجاذبيته تملأ القلوب محبة وعطفا. (زهران، 2005) وعند خروج الوليد الى العالم الخارجي يقوم والداه بتسميته والاستعداد النفسي لرعايته من كافة نواحي نموه.

ويعد اول اسبوعين من حياة المولود خارج بطن الام تكملة لتلك الشهور التسعة لأنها تعتبر فترة اعداد للتكيف مع العالم الخارجي الذي سيعيش خلاله. والطفل ريثما يولد فانه يبدأ عملية التكيف هذه. ويبدأ عملية تنسيق بين متطلبات هذا الجسم من طعام وشراب وتنفس وهضم وافراز واخراج ونوم ويقظة.. الخ. كل ذلك يتم بواسطة عوامل فطرية واستعدادات طبيعية زوده الله بها سبحانه. فاحساس الجوع والعطش والالام والرغبة في النظافة والبكاء للتعبير عن متطلباته. كل هذه عوامل فطر عليها الطفل. لكنه يمر بمرحلة التوافق. وهي محاولة تنظيم هذه العمليات.

وهناك عدد من المقاييس التي تقيم أداء الوليد بعد ولادته مباشرة بهدف التأكد من ان الوليد يتمتع بالسواء او انه غير سوي. وقد اشتهر من هذه المقاييس مقياس أبجرويك Apger & Beck الذي يطبق بعد ولادة الطفل في الدقائق الخمس الأولى بعد الولادة. ويتناول هذا المقياس خمسة جوانب هامة هي: التنفس، قوة العضلات، درجة الاستثارة الانعكاسية، ولون الجلد. بحيث يقيم كل مجال من هذه المجالات بدرجات تتراوح بين صفرو 2 وبناء على ذلك تكون النهاية العظمى للمقياس عشر درجات فاذا تراوحت الدرجة التي يحصل عليها المولود بين 7 - 9 درجات فان هذا يعني ان لدى المولود فرصة اكبر لمواجهة تحديات البيئة التي تختلف كثيرا عن بيئة الرحم.

ويقضي الوليد يومه مستلقيا على ظهره. وهو عاجز تماما عن الجلوس او الانتقال من مكان لآخر. ويتميز سلوكه بحركات عشوائية وتلقائية متنوعة سريعة وغير منتظمة وغير متميزة. وتستثار تحت اي مثير. خاصة ما يتعلق منها بالمهيجات العضوية. ويرجع العلماء سبب

ذلك الى عدم نضج جهازه العصبي. ومعظم استجاباته الحركية تحدث على شكل افعال منعكسة. مثل انعكاس المص والبلع ودفع الاشياء من الفم. والعطس. وقفل الجفن عند لمس العين او تعرضها لضوء ساطع. وانعكاس القبض او الامساك عند لمس راحة الكف. ويرتبط السلوك الحركي للوليد مثل: الفزع والابتسام والانتفاض والامتصاص الانعكاسي. بحالة حدوث هذا السلوك. حيث يزداد تكرار هذا السلوك في حالة النوم المنتظم ويقل كلما قرب الوليد من الاستيقاظ.

(3-1) سلوك الطفل حديث الولادة:

يمثل السلوك العشوائي أو التلقائي كل ما يصدر من الوليد من حركات، سواء من الجسم كله أو من بعض أعضائه، وبشكل تلقائي. أي دون وجود مثير محدد واضح يعتبر مسؤولاً عن هذه الحركات. وتشير الدراسات التي أجراها العلماء حول ما يمكن ملاحظته من السلوك لدى الوليد وأن كان نمط سلوك الوليد في تلك المرحلة يختلف عن نمط آخر يتخذه في حالة أخرى. وقد استطاع العلماء تحديد عدد من الأنماط التي يمكن أن يتشكل فيها السلوك. بحيث يشترط في نمط السلوك أن يكون: مستمرا بشكل ثابت لفترة زمنية معينة، ومتكرر الحدوث بالنسبة لطفل معين، وقابلا للملاحظة في عدد آخر من الأطفال.

وعن طريق الفحص العصبي، استطاعت بينتاما (Beintama) تحديد خمسة حالات متميزة من أنماط السلوك هذه مع ملاحظة وجود فروق بين المواليد من حيث الفترة التي يقضيها الوليد في كل حالة من هذه الحالات قبل أن تتم عملية الاستقرار. خاصة وأنه في اليومين الأولين من ولادة الطفل يصعب أن تتغير الحالة التي يكون عليها الطفل مهما فعل المحيطون به. وهذه الحالات الخمس هي (Papalia & Olds, 2006):

- الحالة الأولى: تنفس منتظم، عيون مغلقة، لا حراك.
- الحالة الثانية: تنفس غير منتظم، عيون مغلقة، لا توجد حركات كبيرة.
- الحالة الثالثة: عيون مفتوحة، ولا حركات كبيرة.
- الحالة الرابعة: عيون مفتوحة، حركات واضحة وكبيرة، لا بكاء.
- الحالة الخامسة: عيون مفتوحة أو مغلقة، مع بكاء وصياح.

والى جانب الحركات العشوائية تتحرك عضلات الوليد بطريقة آلية وينمط "لا ارادي" يسمى بالفعل المنعكس. حيث يبدي الوليد عددا من الاستجابات الحركية التي تساعد على التكيف مع العالم الخارجي. وفي المحافظة على الحياة عن طريق البحث عن الغذاء. عندما تلامس الانامل وجهه اسفل الخد. أو عندما يدير رأسه جهة الصدر. فالطفل عندما يلمس خده

الإرشاد النفسي في الطفولة

يلمس طرف فمه أي شيء تستدير رأسه ناحية ذلك الشيء الملامس. كما لو كان يبحث عن الحلمة لكي يرضع. وهو ما يسميه العلماء بالانعكاس الانتحائي.

وهناك عدد آخر من الانعكاسات ذات الصلة الوقائية كرمش العين، والسعال، والشرقة لطرد الطعام من القصبة الهوائية وانعكاسات الألم التي تجعله ينسحب من مصدر الألم ويصبح غاضبا. وانعكاس مورو MORO المتمثل في حركة تقويس الظهر وابتعاد الرأس والدفع بالذراعين والساقين إلى الأمام ثم جذبها إلى الداخل عند سماع صوت مرتفع أو رؤية ضوء مبهر أو التغير المفاجيء لوضع الرأس. وبعد أن يختفي انعكاس مورو يحل محله استجابات انعكاسية أخرى أكثر بساطة من سابقتها تسمى بالانعكاسات الانتفاض المعروفة لدى الراشدين. وانعكاس بابنسكي Babinski المتمثل في انفراج أصابع القدم عند ضرب الكعب. ويختفي هذا الانعكاس ما بين الشهر الرابع والشهر السادس من عمر الوليد. أما إذا بقيت هذه الانعكاسات بعد ذلك فإن هذا يدل على وجود تلف عصبي.

وهناك عدد من الانعكاسات المعقدة كانعكاسات توتر الرقبة، يصاحبها حركات في الذراعين والساقين. وانعكاس القبض على أي شيء يوضع في راحة اليد بالأصابع جميعها. وسلوك السباحة الذي يظهره الوليد بكفاءة واضحة في الأسابيع القليلة من عمره تتمثل في التناسق والتآزر والقوة بحيث تدفعه إلى الأمام دون اضطراب. إلا أن سلوك السباحة يضطرب ويصبح غير متكافئ بعد أربعة أشهر تقريبا من عمر الوليد ثم يستعيد الطفل قدرته على السباحة مرة أخرى عندما يبلغ السنتين من عمره.

ويلاحظ على الطفل في الأيام الأولى من حياته، استجابات أولية تصدر عنه دون تعلم. وتؤدي وظيفة خاصة في حياة الكائن الحي الانساني، وتساعد في المحافظة على حياته. ومن أمثلة ذلك:

(1) الرضاعة:



يتركب نمط سلوك الرضاعة من مكونات عديدة أبرزها: الانعكاس الانتحائي أو الجذري: الذي يساعد الوليد على العثور على الحلمة. وعندما يتم له ذلك. فإنه يقوم بحركة ثنائية (مزدوجة) هي: المص إلى داخل الفم: وبها يستطيع أن

يسحب الحليب من الزجاجاة او الثدي. والضغط على الحلمة بالثلاثة ضغطا يدفع الحليب الى الخارج. ثم تأتي عملية البلع: وهي عملية معقدة تحتاج الى التأزر بين البلع والمص والتنفس معا. وحتى يحتفظ الوليد بتدفق الحليب دون انقطاع الى الفم مع عدم الاخلال بالتنفس. فقد زود الوليد بقدرة على البلع تبلغ سرعتها ثلاثة امثال قدرة الراشد. (اسماعيل، 2003).

ولخبرة الرضاعة شقان (Berk, 2007): الشق الاول منها التغذية: فارضاع الوليد من ثدي امه يحقق له الرضاعة الغذائية ليملاً معدته. أما الشق الثاني فهو الخبرة الانفعالية. أو كما يسميها المنظرون بالرضاعة الانفعالية. لما يرتبط بعملية الرضاعة من احساس الرضيع بالدفع والشعور بالحب والحنان. والرضاعة من وجهة نظر علماء النفس تمثل تعويضا للرضيع عن الراحة التي كان ينعم بها داخل رحم الام. وتخفيفا من صدمة الانتقال الى البيئة الخارجية. ويلاحظ على الرضيع تعبيرات وجهه اثناء الرضاعة بحيث تبدو عليه السعادة والسرور والهدوء والاطمئنان. واذا تأخر عنه الثدي او نزع من فمه. تجده يضطرب ويصبح في ثورة واحتجاج. وتوضح دراسات الباحثين في هذا الصدد الى ان الوليد يفضل الرضاعة الطبيعية من امه حيث الحليب والحب والدفع والنعومة. قال تعالى: ﴿وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُنْمِيَ الرِّضَاعَةَ وَعَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ لَا تُكَلَّفُ نَفْسٌ إِلَّا وُسْعَهَا﴾ (البقرة: 233).

(2) البكاء:



اختلف العلماء في موضوع بكاء الوليد. فمنهم من يدعو الى ترك الوليد يبكي لفترة تتراوح بين 15 - 20 دقيقة. وفي ذلك تقوية لعضلات صدره ورئتيه. بينما يرى البعض الآخر ان تستجيب الام فورا لبكاء الوليد. خاصة اذا كان دافع بكاء الوليد هو الجوع. او الالم الناتج عن اي سبب آخر. وغالبا ما تستطيع الامهات التمييز بين انواع البكاء الذي يحدثه الوليد في الاسابيع الأولى لولادته. وقد اشار العلماء في هذا الجانب الى اربعة انواع من الصياح او الصراخ او البكاء:

- بكاء الولادة: ويستمر لثانية او بضع ثوان بعد اخذ نفسين عميقين يسببان الاما في رئتيه. نتيجة لتفح مسامات الرئتين.
- بكاء الجوع: ويسمع عاليا بعد بضع ساعات من الوجبة السابقة (أي بعد مرور ساعتين الى اربع ساعات عن الوجبة السابقة).

الإرشاد النفسي في الطفولة

- بكاء الألام: وقد أمكن للعلماء دراستها نتيجة آلام الشك بالابرة او عند الحقن. ويكون بكاء الألام طويلا عنيقا يعقبه صمت طويل. ثم يعود للبكاء مرة ثانية بعد استعادة التنفس يصاحبها توتر عضلي في الوجه وتقلصات عديدة في عضلات مختلفة من الجسم.
- بكاء الغضب: ويشبه الى حد كبير بكاء الجوع مع مزيد من دفع الهواء عبر الاحبال الصوتية.

(3 - 2) تنظيم الخبرات الحسية لدى الطفل حديث الولادة:

إن عملية تنظيم الخبرات الحسية في اشكال ذات معنى هي العملية المعروفة بالادراك والتي اشار علماء النفس لها في نظرياتهم المفسرة لنمو الادراك عند الوليد: فمنهم من يرى ان الادراك ينتج عن عملية تنظيم أولية (النظرية الجشطالتيية في التعلم). وفريق آخر ينظر الى الادراك باعتباره استجابة معرفية متعلمة كأي استجابة غير أولية تحكمها قوانين التعلم (النظرية الترابطية في التعلم). وفريق ثالث يرى ان الادراك ينبثق عن نمو الافعال الحركية (جان بياجيه). وتحدث فريق رابع يمثل النظرية البنائية ان للادراك جانبان: الجانب الاول هو ادراك الشكل البارز على ارضية اشد انحسارا وأكثر رقابة وهي عملية أولية لها اساس فسيولوجي. ويمثل الجانب الثاني ادراك الشكل كشيء يتميز عن شكل آخر. وهو مكتسب عن طريق التعلم.

وقد اجمعت الدراسات التي اجراها كل من: ابلتون Appleton، وجولديبرج Goldberg، وغيرهم ان الوليد حتى الاسبوع السادس من عمره يستجيب لعناصر في الشكل لكنه لا يستطيع ان يستجيب للشكل ككل. وفي التجارب التي أجريت على المواليد وجد ان الوليد عندما ينظر الى الوجه فان الذي يجذب نظره هو العينان او النظارات او مناطق التباين الحادة كالخط الفاصل بين الشعر والجبهة. وعندما عرضت على المواليد اشكال هندسية كالمثلثات مثلا. فانهم ينظرون الى زوايا المثلث وليس الى مساحته الكلية. وقد تم تسجيل هذه الملاحظات عن طريق حركة العين بآلات تصوير مخصصة لذلك. (اسماعيل، 2003). ويولد الطفل ولديه ميل أولي للانتباه الى الاشياء او الاحداث التي تتسم بالتغير. فالاشياء المتحركة تجذب انتباه الوليد اكثر من الاشياء الثابتة. ولو عرضت على الوليد مثلثا اسود اللون على قاعدة بيضاء. فان الوليد يركز انتباهه بالقرب من جوانب المثلث. ولو عرضت على الوليد خطا عريضا اسود على ارضية بيضاء. فان الوليد يظل يحوم ببصره قرب حافة ذلك الخط الاسود. وقد يكون اللون الاحمر اكثر جاذبية للوليد من غيره من الالوان. ثم اللون الازرق فالاصفر فالاخضر. واوضحت الدراسات كذلك ان الوليد ينظر الى الخطوط المنحنية مدة اطول من تلك التي يستغرقها نظره الى الخطوط المستقيمة. ويبدو ان الخطوط المنحنية والدائرية تناسب فيها حركة العين بسلاسة اكثر من الخطوط المستقيمة المنكسرة في زوايا معينة.

(3 - 3) قدرة الوليد على التعلم:



هل سألت نفسك مرة عن أول سن يكون فيها الوليد قابلاً للتعلم؟ ففي تجربة قام بها ماركس Marquis عام 1941 على مجموعتين من الأطفال حديثي الولادة. وضع المجموعة الأولى على جدول رضاعة كل ثلاث ساعة. ووضع المجموعة الثانية على جدول رضاعة كل أربع ساعات. وبعد اسبوع من بدء التجربة غير النظام فجعل المجموعة

الأولى على جدول رضاعة المجموعة الثانية والمجموعة الثانية على جدول رضاعة الأولى. فوجد ماركس أن كل مجموعة ظلت تبدي نشاطاً حركياً متزايداً في الوقت الذي كانت تتلقى فيه الرضعة حسب الجدول الأول. وقد فسر ماركس ذلك بأن الأطفال تعلموا بسرعة الاستجابة للتوقيت الذي تعودوا فيه أن يتلقوا الرضعة. وقد اعتبر التوقيت بمثابة مثير شرطي لاستجابة الرضاعة. ومن الدراسات العديدة التي أجريت في هذا المجال استنتج الباحثون أن (اسماعيل، 2001):

- قابلية الوليد للتعلم تبدأ منذ الأسابيع الأولى في حياته.
- عملية الاشراف الاجرائي تكون اسهل نسبيا من عملية الاشراف الاستجابي فبعض المثيرات قد يكون مرفوضا من قبل الوليد.
- سواء في حالة الاشراف الاجرائي او الاشراف الاستجابي تتوقف فاعلية الاشراف على ما يمكن ان يصدر من الوليد من استجابات.
- تعتبر الفترة الزمنية المنقضية بين المثير الطبيعي والمثير الشرطي وكذلك بين الاستجابة وعملية التدعيم متغيرا هاما في عملية التعلم عند الوليد نظرا لقدرة الوليد المحدودة على ادراك علاقة التتابع في كل من هاتين الحالتين.

رابعاً: مرحلة الطفولة المبكرة وأساليب الإرشاد فيها:

تمثل مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة هامة جداً في حياة الفرد. فهي مرحلة السؤال والاستفسار والاستطلاع والبحث. والطفل في هذه المرحلة يكثر من السؤال والاستفسار: ماذا، لماذا، وكيف ومتى واين ومن؟.... وهكذا. وهو يحاول بأسئلته تلك الاستزادة العقلية المعرفية. ويلاحظ عليه رغبته في معرفة الاشياء التي تثير اهتمامه. ويريد ان يفهم الخبرات التي يمر بها. ويؤدي

الإرشاد النفسي في الطفولة

نقص المعلومات أو المعلومات الخاطئة التي يقدمها الوالدان إلى الطفل إلى نتائج سلبية من أبرزها (زهران، 2005): الربط بين العملية الجنسية وبين الأثم والذنب والخطيئة، والسعي الحثيث للحصول على أي معلومات ومن أي مصدر. وسوء التوافق الجنسي مستقبلاً. والتلذذ من سماع الأغاني والنكت الجنسية ومشاهدة الصور والأفلام الجنسية.

تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة تنشئة اجتماعية حيث يكون انماء الطفل الهدف الرئيسي للعديد من البرامج التعليمية. وهي مطلب رئيسي من مطالب النمو. وفي هذه المرحلة يتعلم الطفل الآداب الاجتماعية العامة. وكيفية التعامل مع الآخرين والأشياء، ويتعلم القيم والأدوار الاجتماعية والتمييز بين الصبح والخطأ. ويلعب الابوان دورا بارزا في هذه المرحلة. فهما يمثلان نماذج الدور الاجتماعي وينقلان للطفل الاتجاهات والقيم عن طريق التدريب وممارسة العقاب والثواب والتقمص.

ومن خلال الدراسات المستفيضة التي قام بها باندورا (Bandura, 1977) فقد أستنتج أن:

- الأطفال يظهرون ميلا متزايدا لتقليد شخصي في أعقاب التفاعل السار معه.
- الأطفال يقلدون السلوك العدواني لرجل بالغ أكثر من تقليدهم سلوك امرأة.
- النماذج الحية والنماذج المتمثلة في الصور المتحركة لها نفس التأثير في إحداث التقليد.
- الأطفال الذين يشاهدون نموذجا يكافأ على سلوكه العدواني يقلدون هذا السلوك أكثر مما لو كان لم يكافأ أو انه قد عوقب.
- النموذج الذي تكون لديه قوة تعزيزية يتم تقليده أكثر من النموذج الذي لا يملك مثل هذه القوة.
- الأشخاص ذوي المكانة الاجتماعية والأكفاء والأقوياء ينتزعون تقليد الآخرين لهم أكثر من النماذج التي لا تمتلك هذه الصفات.

(4 - 1) دور معلمة الروضة في تطوير الإدراك الحركي:

طور أخصائيو العلاج الطبيعي والعلاج بالترفيه، والأخصائيون المهنيون طرقا عديدة من أجل معالجة صعوبات الإدراك الحركي تعتمد على عجز الطفل وعلى نوع ودرجة الإصابة في الإدراك التي يتم التحقق من وجودها عن طريق اختبارات التشخيص الخاصة بذلك. وتقديم الأنشطة المناسبة لتخفيف اضطرابات الإدراك. ومن هذه الأنشطة ما يلي:

1) أنشطة تدعيم النمو الإدراكي:

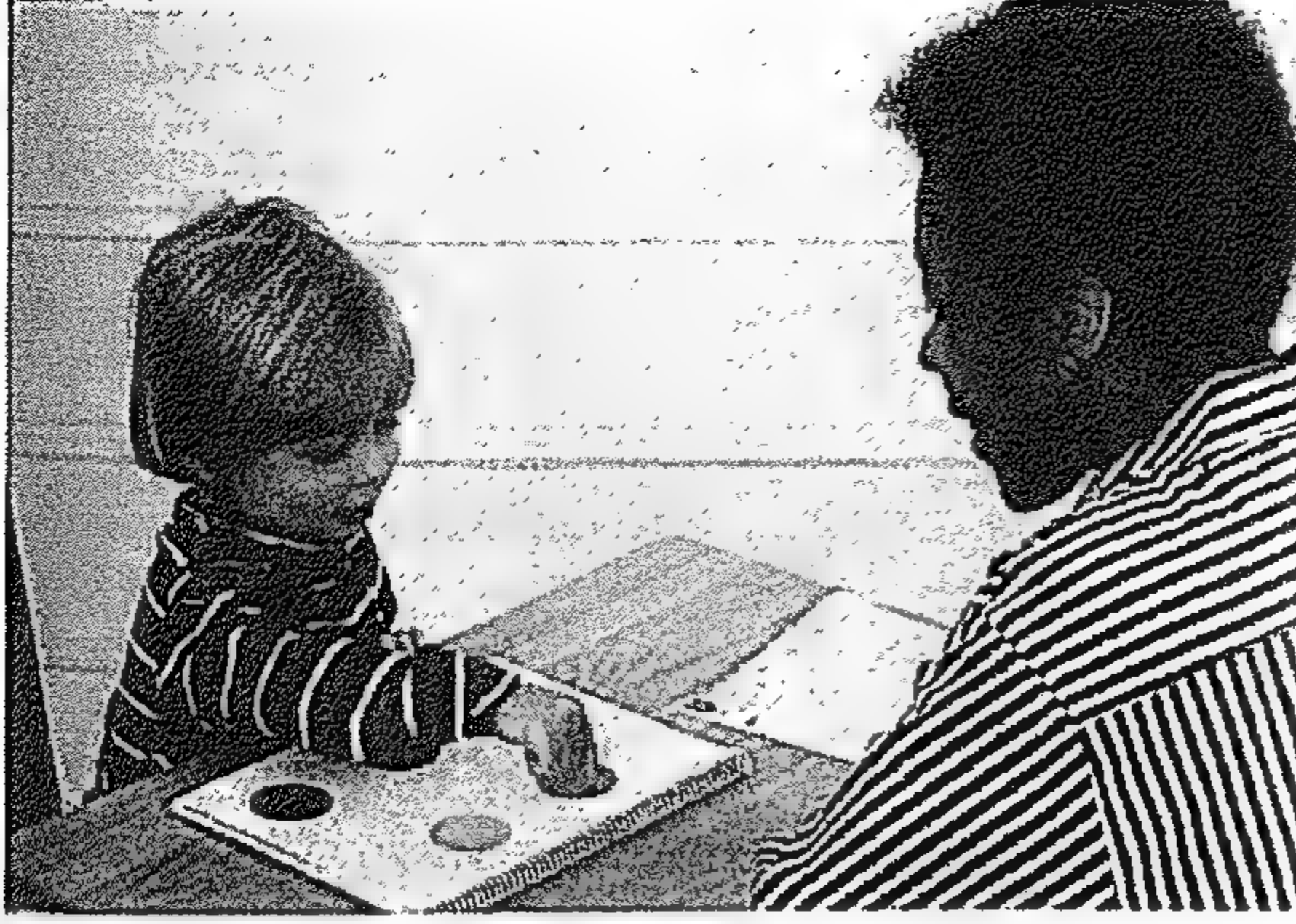
هناك العديد من الأنشطة العلاجية التي يمكن استخدامها في علاج اضطرابات عمليات الإدراك على نمط ونوع ودرجة الاضطراب التي يتم التحقق من وجودها من خلال الأدوات أو الاختبارات الملائمة من ناحية وعلى تفسيرها في علاقتها بسلوك الطفل القابل للقياس والملاحظة. وتشتمل هذه الأنشطة على الآتي:

1. أنشطة تدعيم الإدراك السمعي:

- **التأكيد على أصوات الكلام أو الحروف:** على الطفل أن يتدرب على سماع نطق أصوات الحروف المفردة للغة مع التأكيد على أن الكلمات التي نسمعها تتكون من ذات الحروف المفردة. ويمكن تحقيق ذلك من خلال: استخدام الأغاني الشعرية للأطفال والكلمات المسجوعة ويتعلم الطفل الكلمات أولاً. ثم يتم حذف حرف واحد منها ويطلب إلى الطفل أن ينطق الكلمة دون الحرف، هكذا: ز... افة، ف... ل، غ... إل. ويطلب من الطفل أن يذكر بعض الكلمات التي لها نفس الأصوات أو الحروف. ومزج الأصوات: بحيث يتم ذكر الكلمة أمام الطفل وتنطق أصوات حروفه صوت.. صوت. ثم يطلب من الطفل مزج هذه الأصوات.
- **الانتباه السمعي Auditory attending:** من أنشطة الانتباه السمعي أن يطلب من الطفل استماع الحروف، وأصوات يقوم بها المعلم، وأصوات الأطعمة المختلفة كأصوات بعض المواد الغذائية أثناء معالجتها بالأكل وعيونهم مغلقة. وأصوات الصب والمزج والرج.
- **التمييز السمعي Auditory discrimination:** ومن أنشطة التمييز السمعي: أن يطلب من الأطفال تحديد مصدر الصوت المنبعث من أحد أركان الغرفة. والتمييز بين الأصوات الغليظة والأصوات الحادة. وكذلك الأصوات العالية والأصوات المنخفضة. وتحديد مصدر الصوت ونوعه الذي ينبعث من أجهزة التسجيل. وتتبع صوت صفير يقوم به أحد الأشخاص بعمله.
- **الذاكرة السمعية Auditory memory:** من أنشطة الذاكرة السمعية: أن يقدم للطفل مجموعة من المواد والأشياء ويطلب منه القيام باتباع التعليمات التي تصدرها إليه لصنع نموذج أو شكل معين. وأن يحمل أو يحفظ ذهنياً قائمة من الأعداد أو الكلمات المفردة وترديدها. وأن يذكر بعض الأغاني الشعرية والأبيات أو القصائد أو الأناشيد ذات الإيقاعات وكتابة الرقم الرابع أو الرقم الأكبر، أو الرقم الأصغر في سلسلة من الأعداد يتم تقديمها له. وأن يكرر جملة بسيطة وراءك. ثم زد على الجملة كلمة كلمة في كل مرة. واطلب من الطفل أن يرددتها وراءك. وأن تحدث الطفل عن قصة ذات سلسلة أو أحداث متتابعة والطلب منه ترتيب أحداثها لك.

2. أنشطة تدعيم الإدراك البصري:

تشتمل أنشطة تدعيم الإدراك البصري على نقل أو نسخ التصميمات التي يعدها المعلم، وتدريب الأطفال على القيام بإنتاج نماذج مشابهة لمكعبات أو مربعان من الخشب أو البلاستيك



الملون. والبحث عن الأشكال أو النماذج المتشابهة بين مجموعة كبيرة من الأشكال والنماذج المتباينة. وتجميع أجزاء الأشكال والصور التي تمت تجزئتها إلى قطع متباينة الحجم. وتصنيف الأشكال والنماذج المتباينة التي تقدمها له أو مزوجة الأشكال التي تقبل التجميع. وتفسير معاني الكلمات

التي يقوم الطفل بقراءتها من صفحة كتاب. والتمييز بين أشكال الحروف في أول الكلمات وفي وسطها وفي أواخر الكلمات.

3. أنشطة تدعيم الذاكرة البصرية:

تشتمل أنشطة تدعيم الذاكرة البصرية على تحديد الأشياء المفقودة، وإيجاد التصميم الصحيح، والاسترجاع من الذاكرة وفقاً لترتيب معين واسترجاع الأشياء المرئية، واشتقاق القصص من الصور، واسترجاع الفقرة أو العنصر المحذوف أو الناقص، وتكرار أو ترديد الكلمات

4. أنشطة تدعيم تكامل النظم الإدراكية:

تشتمل أنشطة تدعيم تكامل النظم الإدراكية برسم شكل بالنقط والطلب من الأطفال النظر إليها ومحاولة ترجمتها إلى شكل أو صيغة معينة. والاستماع إلى صيغة غنائية إيقاعية ثم محاولة ترجمتها إلى أنماط بصرية مرئية من النقط من مختلف البدائل. أو الاستماع إلى صيغة موسيقية غنائية إيقاعية ثم تحويلها إلى صيغة مرئية بصرية عن طريق كتابة مزوجات من النقط والشرط. وكذلك الاستماع إلى بعض التعليمات والأوامر وتحويلها إلى حركات جسمية واستخدام أجزاء الجسم المختلفة كالتمرينات الرياضية مثلاً. شمال/ يمين. فوق/ تحت.. وهكذا. وتحسس عدد من الأشكال والنماذج بأصابعهم. ثم القيام برسم الأشكال التي يدركونها على ورقة أو على السبورة. وان ينظر الأطفال إلى مجموعة من الصور ويسألون عن أيها يبدأ بحرف أ: م وأيها ينسجم مع إيقاع كلمة نيل. وأيها يشمل حرف: و، أو ي، أ، أ. أو الطلب اليهم وصف صورة معينة ثم يختارها من بين البدائل المطروحة أمامه.

(2) أنشطة تدعيم النمو الحركي:

تشتمل هذه الأنشطة على أنشطة المشي: أمام - خلف - جانبي ورفع الأذرع في أوضاع مختلفة. وتقليد مشي بعض الحيوانات والمشي التبادلي السريع المتتابع من اليمين إلى اليسار ثم إلى اليمين ثم إلى اليسار. وهكذا في إيقاع سريع إلى الأمام ثم إلى الخلف. والوثب الطولي، والمشي على الخطوط الملونة. ومشي السلم: وأنشطة الركك أو الرمي والمسك: كأن يقوم الأطفال برمي كرات ذات أحجام مختلفة ومسافات مختلفة باستخدام اليد اليمنى ثم اليسرى أحياناً، والقدم اليمنى ثم اليسرى أحياناً أخرى. والتدرب الأطفال على مهارات مسك الكرات ذات الأحجام المختلفة من مسافات متباينة البعد. وممارسة اللعب بكرة اليد أو القدم أو الطائرة. أو المضرب. واستخدام أنابيب مطاطية أو بلاستيكية أو من الإسمنت الصلب. بحيث تكون مختلفة الأحجام ليقوم الأطفال بالسير عليها لمسافات محددة. والوقوف على ألواح خشبية مثبتة على محور مستدير مع محاولة التوازن مع زميل له. أحياناً واعتماداً على نفسه أحياناً أخرى. وحمل أوعية مسطحة وبها. والأنشطة الحركية الدقيقة: بحيث تتضمن أنشطة تآزر العين واليد. والتحكم المائي. والقطع باستخدام أمواس أو أدوات حادة: واستخدام أنشطة الورقة والقلم. ونسخ التصميمات: يقوم الأطفال برؤية بعض التصميمات ثنائية أو ثلاثية البعد ثم يحاولون نسخها أو نقلها على ورقة وتلوين أجزائها من الأوجه الظاهرة.

(4 - 2) التفاعل بين الوالدين والطفل:

يمثل التأثير القوي والممتد (طويل المدى) للوالدين على نمو الطفل اجتماعياً وعلى شخصيته حجر الزاوية الذي لون وشكل العقل الواعي في نظرية فرويد عن نمو شخصيته. ومع أن نظرية التعلم الاجتماعي قد ركزت على وسائل تربية الطفل لتفسير نمو شخصيته. فقد أكد الباحثون (Mitchell, 2004) على دور الوالدين كنماذج وكمعززين للسلوك الاجتماعي. والتأكيد على عملية التفاعل الاجتماعي بين الطفل ووالديه. فلا يقتصر الأمر على أن الوالدين ينشأن الطفل اجتماعياً. بل أن الطفل أيضاً ينشئهما اجتماعياً. (Martin, 2005) وكنتيجة للتفاعل الاجتماعي المتبادل بين الطفل ووالديه. فقد بدأ علماء النفس يتراجعون تدريجياً عن فكرة نموذج السببية للوالد Parent causation model والتي بمقتضاها يتسبب الوالدان في أن يسلك الطفل سلوكيات معينة وبطريقة معينة.

وتحدث كل من بيكر Becker وكروج Krug عن سلوك الأمومة، وأشاروا إلى أن وصف سلوك الأم يتضمن ثلاثة أبعاد رئيسية هي (عبد المعطي وقناوي، 2007): السيطرة في مقابل الاستقلال الذاتي. والحب في مقابل العدوانية. والقلق الانفعالي في مقابل الانفعال الهادي Calm detachment.

الإرشاد النفسي في الطفولة

ويمكن النظر الى أساليب التفاعل بين الوالدين وطفلهما من جوانب متعددة نبرزها اليك فيما يلي:

(1) السيطرة الوالدية:

صاغ هوفمان (Hoffman, 1974) ثلاثة أساليب مختلفة يستخدمها الوالدان مع طفلها: تمثلت في الآتي:

1. التأكيد على القوة Power assertion.

يشير هذا النموذج الى استخدام العقاب البدني، الحرمان من الاشياء المرغوب فيها أو التهديد بها. ومن خلال هذا النموذج يسيطر الوالد على طفله بسبب ضعف الطفل وليس من خلال الذنب الذي ينجم عن تعرف الطفل على ذاته في والديه.

2. التأكيد على انعدام القوة، والسيطرة من خلال سحب الحب Love – withdrawal.

يتضمن هذا النموذج التعبير غير البدني للغضب الوالدي أو عدم الموافقة. مثال ذلك: التجاهل، العزل، التعبير عن عدم الرضا.. الخ. كما يعكس تأكيد فرض السيطرة من خلال سحب الحب لفترة زمنية طويلة فاعليته في حالة العقاب البدني.

3. الاستقراء Induction.

وعندما يفسر الوالدان لماذا يجب ان لا يقبل الطفل على سلوك ما، (كتحذير الطفل من النتائج الخطرة للمس موقد ساخن، أو اللعب بأسلاك كهربائية، ومخاطر الجري داخل المنزل أو في شارع عام... وغيرها) فان الوالد انما يستخدم السيطرة الاستقرائية محاولا بذلك اقناع طفله بتغيير هذا السلوك.

وتحدث بيكر Becker عن ابعاد سلوك الوالدين تجاه الطفل مشيرا الى ان الوالدين اللذين يستخدمان قدرا كبيرا من العقاب البدني، ينشئان أطفالا عدوانيين. ولخص أسباب العلاقة بين عدوانية الوالدين والطفل بثلاثة عوامل هي أن استخدام الوالدين للعقاب البدني قد يسبب الاحباط للطفل. مما قد يولد الغضب الذي عند الطفل في شكل سلوك عدواني. ويعتبر نموذجا لاستخدام العدوانية. ويعززان بطريقة مباشرة السلوك العدواني لدى الطفل.

(2) تربية الطفل واساءة معاملته:

اشار الباحثون الى عدد من الاسباب التي تدعو الاطفال الى الشعور بأنهم غير مرغوب فيهم من قبل والديهم من أبرزها:

- اهمال الاطفال وعدم السهر على راحتهم واشباع حاجاتهم.
- انفصال الطفل عن والديه.

- التهديد بالعقاب البدني الشديد.
- التهديد بالطرد من المنزل.
- كثرة التحذيرات.
- اذلال الطفل. واشعاره المستمر بالسخرية من قبل والديه.
- تميز شخصية الابوين او احدهما بالعصبية وسيادة سلوك الضجر والتذمر عندما يقومان باشباع حاجات طفلهما.
- عدم حماية الطفل والاهتمام بشؤونه.

ولا شك بأن مثل هذا الشعور يسبب اضطرابا في شخصية الطفل واتباعه انماطا متباينة من السلوك كأن يكون الطفل الذي أسيئت معاملته من قبل والديه قلقا مضطربا شديد التعلق بوالديه. فيقوم بسلوك يتميز بالمقاومة والعناد والثورة والعدوانية من اجل لفت الانتباه. أو سلوك يدل على حقد الاطفال على البيئة المحيطة بهم.

(3) التعلق الوالدي Attachment:

لاحظ كل من سيرز وآخرون ان السلوكيات الدالة على التعلق تنتج عن الوجود المستمر لأداء الآخرين لدور المغذي. فالطفل يتعلم ان يساعد أمه ليضمن مساعدتها كلما تطلبت دوافعه الأولية بعض التغيير في بيئته لكي يمكن تخفيف هذه الدوافع.

ويعتقد جون بولبي (John Bowlby, 2005) ان التعلق البشري له اساس بيولوجي لا يمكن فهمه الا في اطار تطوري. بحيث يهدف التعلق الى وضع الطفل في اتصال وثيق ببعض اعضاء النوع وهو ينشط عندما ينفصل الصغار عن هذا العضو او يهددونه بذلك.

ويمر الطفل بثلاث مراحل للتعلق الاجتماعي هي:



1. مرحلة اللااجتماعية (عدم التعلق الاجتماعي):

وتبدأ من الميلاد. حيث تشير الدلائل الى ان تمييز الطفل لنفسه عن المثيرات البيئية الخارجية يكون هدفا رئيسيا لهذه المرحلة. مما دعا الباحثين الى اعتبار ذلك شرطا ضروريا لتطور التعلق الاجتماعي فيما بعد.

2. مرحلة ما قبل الاجتماعية:

وتبدأ هذه المرحلة من الشهر الأول وحتى الشهر السابع تقريبا. وتسمى هذه المرحلة أحيانا بمرحلة التعلق غير التمييزي. حيث يتعلم الطفل في هذه المرحلة - ومن خلال تفاعله مع الآخرين - أن يفرد الأشخاص كمواضيع تثيره وتستجيب له أكثر من غيرها في العالم حوله. وهو في هذه المرحلة غير قادر على تمييز أمه أو أبيه من الأشخاص المحيطين به.

3. مرحلة الاجتماعية (التعلق الاجتماعي المتخصص):

وتبدأ هذه المرحلة عادة بعد الشهر السابع حيث يبدأ الطفل في الاحتجاج إذا غاب عنه شخص معين (كالأم مثلا) وتظهر على بعض الأطفال علامات التعلق بأكثر من شخص. ولكن يظل هؤلاء أشخاصا معينين. والطفل في هذه المرحلة بمقدوره أن يميز أمه عن الأفراد الآخرين.

4) الانفصال:

يعتبر قلق الانفصال Separation anxiety ظاهرة واضحة لدى الأطفال. وقد أوضحت دراسات شافرو وامرسون أن القلق من الانفصال يبدأ من حوالي سن 7 - 8 شهور. وتنتهي عند حوالي سن 18 شهرا. ولقد شاهد الآباء مثل هذا السلوك عندما تركوا أبناءهم في المنزل مع جليسة أطفال. وعند مغادرة الوالدين للمنزل. فانهما عادة يسمعان الطفل وهو يصرخ. وعند عودتهم إلى المنزل يخبران بأن الطفل لم يبك سوى لحظات قليلة. ويختفي قلق الانفصال عندما لا يصبح غياب الشخص يمثل حدثا للتباين.

5) الاعتمادية:

عرف هارتوب Hartup سلوك الاعتمادية على النحو التالي: " كلما قدم الفرد دليلا على أن الناس، كإناس، يوفرون الرضا والمكافأة. وكلما زاد البحث الاجتماعي Social stimulation الذي تقدمه الأم. زاد تعلق الطفل بها. وتشتمل الاعتمادية. البحث عن الاتصال الجسدي أو الاقتراب من شخص ما، أو البحث عن المدح أو الموافقة من شخص ما أو محاولة جذب انتباه الغير. ومقاومة الانفصال عن شخص آخر. (Owens, 2006) وقد لاحظ الباحثون أن أعلى نسبة من الأطفال المعتمدين يأتون من أسر تقوم فيها الأم بالمكافأة والعقاب على الاعتمادية. وأن سلوك المسامحة من قبل الوالدين يرتبط باعتمادية الاقران العالية خاصة بالنسبة للأطفال الأكبر سنا.

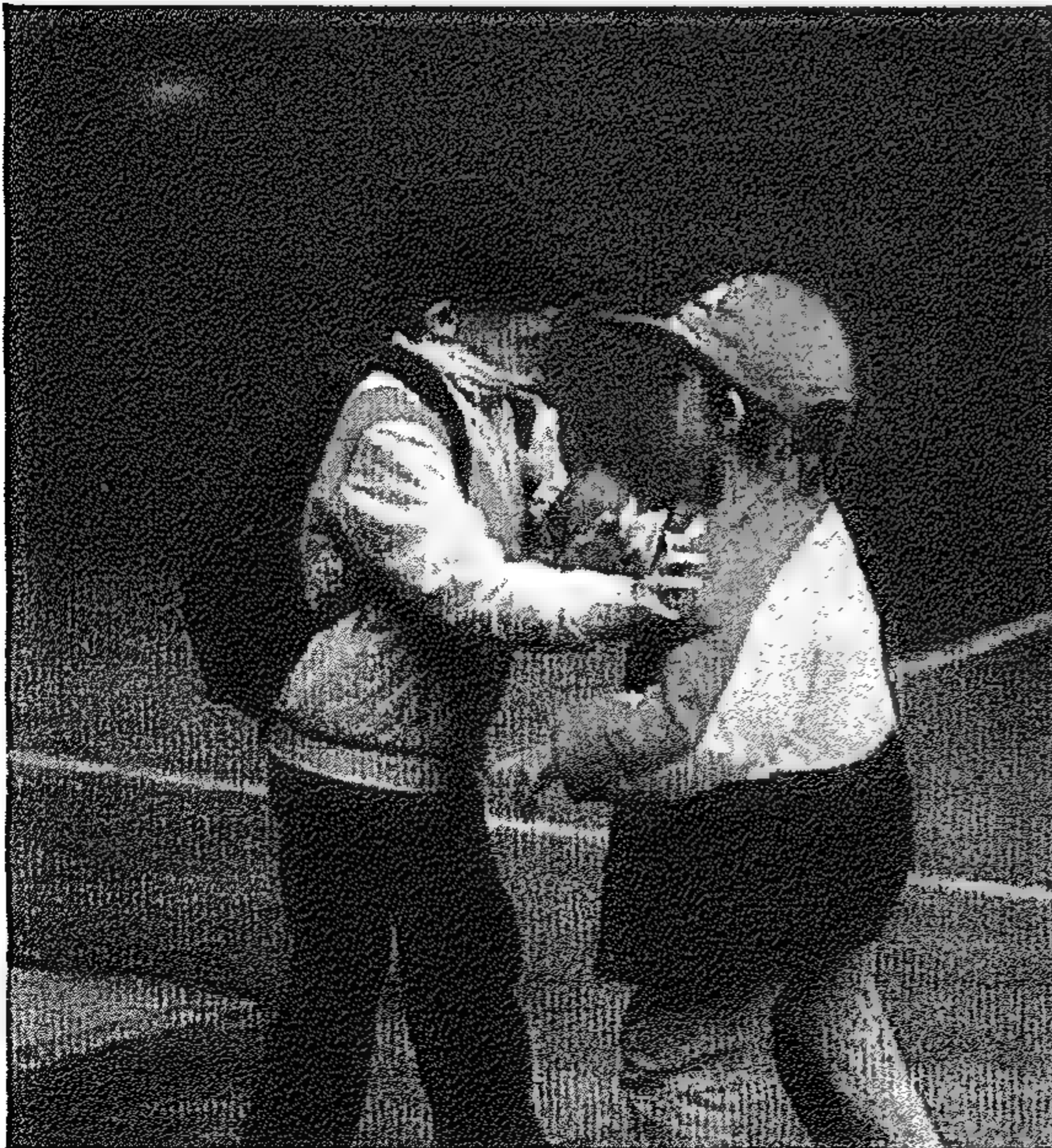
6) الخبرة المبكرة:

يجمع المنظرون في مختلف مدارس علم النفس بأن السنوات الأولى من عمر الطفل تشكل مرحلة حرجة وحساسة من مراحل حياته. لأنه يتأثر بالمشيرات البيئية بسرعة عالية. ومن الممكن أن يصبح عرضة للتعليم والمواقف والخبرات غير المناسبة. وأن الصغار عادة ما يكونون أكثر

قابلية للانفعال واسهل تأثر من الذين يكبرونهم سنا. ويشير العلماء في هذا الصدد الى الاختلافات الفيزيولوجية بين الجهاز العصبي المركزي للطفل الصغير وبين الجهاز العصبي ذاته للراشد. ويرى المنظرون ان التعلم في تلك المرحلة بالذات (السنتان الاوليتان من عمر الطفل) تتصف بعدم الأهمية النسبية لأن دماغ الطفل في هذه الفترة لا يكون ناضجا. وقد يكون غير قادر على القيام بوظيفته بشكل ناجح. (Owens, 2006).

وفي عملية النمو الاجتماعي بين المنظرون الى ان اية مرحلة من مراحل الحياة تتكون أثناءها علاقة رئيسية هامة تعتبر مرحلة حرجة بالنسبة لتحديد طبيعة هذه العلاقة. وبينت الدراسات التي أجراها كلارك Clark عدم وجود سبب قوي يؤيد الافتراض القائل بأن اكتساب التعلم الطفولي أسهل من اكتساب التعلم المتأخر. كما انه لا يوجد أي دليل يبين ذلك النوع من التعلم أكثر بقاء في الذاكرة. وأكثر مقاومة للمحو. وان الآثار المحددة لخبرات الطفل قبل الشهر السابع من العمر. تبدو ذات ديمومة قصيرة جدا. وتصبح آثار التعلم المبكر طويلة المدى. لدى تعزيز هذا التعلم بشكل مستمر. وتكوين هذه الآثار في أغلب الأحيان نتيجة لعمليات التعزيز الأخيرة أكثر من كونها نتيجة للتعلم الأصلي. (هربرت، 1980) ويعتقد كلارك ان العمليات النفسية المختلفة تتأثر بالخبرات المبكرة غير المناسبة. بأشكال مختلفة. وبينت نتائج تجاربه على الاطفال الذين يتعرضون لمحنة مبكرة في حياتهم ان الحركات الجسمية المرئية أثناء شفاء الاطفال من محنتهم تكون أكثر مرونة وتكيفاً مع تلك المحنة. بينما تكون الوظائف الانفعالية أكثر سرعة وقابلية للتأثر بها. مما حدا بكلارك التشكيك في الاعتقاد السائد بان شخصية الفرد تتشكل خلال مرحلة الطفولة. وان القول بثبات سمات الطفل النسبية في سن مبكرة جدا قول مبالغ فيه. (Owens, 2006)

7) الطفل المتواكل:



تشكل استجابة الطفل للانفصال حدثاً هاماً من أحداث نموه باتجاه النضج الانفعالي. ويرى اريكسون Erickson "أن الانجاز الاجتماعي الأول للطفل هو رغبته في ترك أمه بمنأى عن نظره دون قلق او غيظ مفرط. لأن الأم تغدو يقينا داخليا بالإضافة الى كونها تنبؤاً خارجياً بالنسبة لطفلها. " (هربرت، 1980). وتتراوح مظاهر قلق

الإرشاد النفسي في الطفولة

الانفصال بين الاحتجاجات البسيطة التي يقوم بها الطفل لدى ذهابه الى المدرسة في بداية الاسبوع. وعندما يدعه الوالدان يذهب نحو باب المنزل المجاور. والاطفال الذين يتصفون بالتواكل الشديد يهتمون اهتماما مرضيا بأمهاتهم وبأماكن تواجدهن. ويتحدث المنظرون في هذا الجانب الى ان التواكلية لا تعتبر مشكلة بالنسبة للاطفال في المرحلة المبكرة من الطفولة فهي ضرورية فعلا للطفل في هذه المرحلة بالنظر لكونه غير معد اعدادا كافيا للحياة. وانه لا يستطيع اعالة نفسه اذا ما قورن بصغار الانواع الحية الأخرى. (Owens, 2006)

ويظهر التعلق جليا من ملاحظة اشكال السلوك المختلفة التي يصدرها الاطفال باتجاه من يقدمون اليهم الرعاية والامان. فهم يركضون عندما يشعرون بالخوف ويرتمون بين ايديهم باحثين عن الراحة والاطمئنان عندما ينزعجون ويشعرون بالامنا والاستمتاع بمجرد الوجود بقربهم. او باعتقادهم بامكانية رؤيتهم.

(8) العدوانية:

العدوان سلوك مستعلم أو مكتسب عبر التعلم والمحاكاة نتيجة للتعلم الاجتماعي Social learning حيث يتعلم الطفل الاستجابة للمواقف المختلفة بطرق متعددة قد تكون بالعدوان او التقبل. وهذا يعود لنوعية العلاقة التي تسود داخل أسرة الطفل. وقد اهتم علماء النفس بالعدوان منذ فترة طويلة وقدموا له تفسيرات عديدة:

ويرى اصحاب النظرية البيولوجية بان منطقة الفص الجبهي والجهاز الطرفي مسؤولة عن ظهور السلوك العدواني عند الطفل. وعند استئصال بعض التوصيلات العصبية في هذه المنطقة عن المخ. أدى الى خفض التوتر والغضب والميل الى العنف. وأدى الى حالة من الهدوء والاسترخاء. ويحدث عكس ذلك عندما تستثار بواسطة التيار الكهربائي. (Erwin, 2003) وأشارت النتائج التي أجريت على منطقة الهيبوثلاموس - وهي منطقة صغيرة في أسفل المخ - إلى أن استثارتها عند الكائن الحي باستخدام تيار كهربائي. يؤدي إلى ظهور الاستجابة العدوانية. وهي تستثار عادة بايعازات من لحاء المخ. وذلك عند مواجهة الكائن الحي تهديدا خارجيا.

بينما ترى نظرية التحليل النفسي ان العدوان غريزة فطرية لا شعورية تعبر عن رغبة كل فرد في الموت. ودافعها التدمير. وتعمل من أجل إفناء الإنسان بتوجيه عدوانه خارجا نحو تدمير الآخرين. وإذا لم يستطع ذلك يرتد ضد الفرد نفسه بدافع تدمير الذات. والشكل البارز له هو الانتحار. وتقابلها غريزة أخرى سماها فرويد بغريزة الحياة. ودافعها الحب والجنس. تعمل من أجل الحفاظ على الفرد وبقائه. وأكد أدارو هو أحد اتباع نظرية فرويد ان العدوان وسيلة للتغلب على مشاعر القصور والنقص والخوف من الفشل. وإذا لم يتم التغلب على هذه المشاعر. عندئذ يصبح العدوان وسلوك العنف استجابة تعويضية عن هذه المشاعر.

ويرى أصحاب النظرية الأيثلوجية أن الإنسان حيوان مفترس. ورث من أسلافه الغرائز العدوانية. ولا يوجد أي احتمال لاستئصال هذا العنصر من الطبيعة البشرية. لأنها ثابتة وغير قابلة للتغيير. ويرى هؤلاء أن العدوان أو العنف عند الفرد يتضمن نظاما غريزيا يستمد طاقته العدوانية من مصادر ذاتية مستقلة عن المثيرات الخارجية. ويربط هؤلاء غريزة العدوان بحاجة الفرد للتملك والسيطرة. وافترضوا أن الإنسان يعتدي لإشباع حاجته الفطرية للتملك والدفاع عن ممتلكاته. فعندما يشعر بتهديد خارجي سيقع عليه أو على ممتلكاته. تتنبه غريزته العدوانية فيغضب ويتوتر ويختل توازنه الداخلي.

وأكد أصحاب نظرية الإحباط - العدوان أن الإحباط ينتج دافعا عدوانيا يستثير سلوك إيذاء الآخرين. وأن هذا الدافع ينخفض تدريجيا بعد إلحاق الأذى بالشخص الآخر. وأن هذه العملية تسمى بالتنقيس أو التفريغ (Bandura, 1977). ويعني ذلك أن الإحباط يؤدي حتما إلى العدوان. وأن العدوان يفترض دائما أن يكون مسبقا بالإحباط. إلا أن أحد اتباع هذه النظرية قد عدل الفرض. واعتبر أن العدوان محصلة للغضب وأن أسباب هذا الأخير كثيرة. منها الإحباط والإهانة والشعور بالظلم والجوع. وأن الإحباط لا يؤدي إلى العدوان بشكل مباشر. ولكنه يؤدي إلى الغضب مما يجعل الفرد مهينا للقيام بالعدوان.

وتقوم وجهة النظر السلوكية على أساس أن الأنماط السلوكية محكومة بتوابعها. فالسلوك تزداد احتمالات حدوثه في المستقبل عندما تكون نتائجه إيجابية. وتقل احتمالات تكراره عندما تكون نتائجه سلبية. وينطبق هذا الرأي على تفسير السلوك العدواني. فعندما يقوم الطفل بالعدوان ويعاقب على ذلك. فإنه يتجنب القيام بمثل هذا السلوك في المستقبل. أما إذا حصل على مكافأة أو تعزيز لقاء قيامه بمثل هذا السلوك. فإنه يميل إلى تكراره في المواقف المشابهة.

ويرى أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي (Bandura, 1977) عن أن الطفل يمكن أن يتعلم سلوكا جديدا بمجرد مراقبته لطفل أو شخص آخر يمارس مثل هذا السلوك. وفي تجربته حول التعلم بالملاحظة ومحاكاة النموذج.

ينتشر السلوك العدواني بين الأطفال. بمظاهر وأشكال متعددة. وتشير الدراسات إلى وجود ظروف ومتغيرات عند الطفل تهيئ لظهور السلوك العدواني. ونستطيع ملاحظة العدوانية للأطفال أثناء لعبهم مع بعضهم البعض. أو اللعب بالدمي. أو غير ذلك. وقد ذكر الباحثون أنه فيما بين سن الثانية والخامسة تقل العدوانية البدنية بين الأطفال بينما تزداد العدوانية اللفظية. وأشارت الدراسات كذلك إلى أن الذكور هم أكثر عدوانية من الإناث خاصة ما يتعلق منها بالسلوك البدني المباشر. أما الإناث فيعبرن عن عدوانيتهن بطرق غير مباشرة.

الإرشاد النفسي في الطفولة

وقد أشار مارتن (Martin, 2005) الى ان الاستخدام العنف للسيطرة عن طريق فرض القوة (خاصة العقاب البدني) يرتبط ارتباطا وثيقا بالعدوانية لدى الاطفال بصرف النظر عن السن. أو جنس الطفل. فالآباء الذين يستخدمون العقاب الشديد يولدون العدوانية لأطفالهم لأنهم يسببون احباطا لدى الطفل. ويقدمون نماذج للسلوك العدواني.

وأوضحت الدراسات التي أجريت على السلوك العدواني في مرحلة الطفولة المبكرة. ان الافتقار للدفع الأبوي يرتبط هو الآخر بالعدوانية. وقرتبية الطفل التي تتسم بالبرود والنبذ تساعد على توليد السلوك العدواني لدى الاطفال. وأن السلوك العدواني يرتبط بشكل مباشر مع سلوك المسامحة الذي يسلكه بعض الآباء اتجاه اطفالهم. وقد دلت نتائج الدراسات المتعلقة بالمنحرفين ان سلوك المسامحة المقرونة بالعدوانية الوالدية تزيد من السلوك العدواني عند الاطفال.

(9) العلاقة بين الأقران:



ان جزءا كبيرا من التنشئة الاجتماعية للطفل يخضع لسيطرة الراشدين. بسبب العلاقة التي تربط الطفل بوالديه. ولكن عندما يدخل الطفل عالما جديدا. يهيمن عليه الاقران. سواء كان ذلك في الروضة او الحي الذي تسكنه أسرته. فان هؤلاء الاقران يصبح لهم تأثير متزايد على التنشئة الاجتماعية.

وقد درس الباحثون بشكل مستفيض كيفية تشكيل جماعات الاقران. والتغيرات التي يمرون بها في اثناء هذا التشكيل. وما خط الصداقة مع الاقران من نفس الجنس ومن الجنس الآخر. وكيف تؤثر جماعة اقران الطفل على تعلم الطفل واكتسابه للمعايير الاجتماعية.

وتتكون جماعات الاقران من افراد متفاعلين مع بعضهم البعض. يتصادف وجودهم في نفس المكان وفي نفس الوقت. ولهم اهداف ومعايير مشتركة. وهناك عدة عوامل تؤثر على التقبل الاجتماعي للطفل في جماعة الاقران كالنضج الاجتماعي Social maturity والجنس Sex والطبقة الاجتماعية Social class. ومن ثم تلعب جماعة الاقران دورا هاما في النمو الاجتماعي

للطفل وعملية التطبيع الاجتماعي من خلال التوحد بالاقتران. والتعلم الاجتماعي وتعلم الادوار Role playing. فيكون الاقتران مرجعا لحقيقة الطفل عن ذاته. ويؤدي الامتثال لمعايير الجماعة دورا هاما في تشكيل سلوك الطفل في هذه المرحلة. فيتصرف وفقا لهذه المعايير.

وتؤكد الدراسات التي اجريت على الاطفال ان لعب الأطفال يتطور من الفردية الى الجماعية ضمن مراحل تطورية حيث يسود اللعب الفردي Individual play في السنوات المبكرة من عمر الطفل. ويبدأ اللعب الشاغر Un – occupied: من العامين الأولين من عمر الطفل. بملاحظاته الشاغرة التي ينتقل بملاحظاته وانتباهه سريعا من موضوع الى موضوع آخر. بحيث يتطور هذا النوع من اللعب الى ما يسمى بلعب المشاهدة Looking on play الذي يبدأ عندما يستمتع الطفل بملاحظة العاب الاطفال الآخرين. ويظهر اللعب الجماعي Group play في سن الثالثة من العمر. وغالبا ما يخطط الطفل في هذه المرحلة لبعض الانشطة. فيأتي بطفل آخر ليلعب معه. وكلما تقدم الطفل في العمر يزداد تخطيطه للعب. كما يقلد الطفل في هذه المرحلة العاب الأطفال الآخرين. فيظهر اللعب الموازي Parallel play: وهو لعب مستقل يقوم به جنبا الى جنب اثنان او اكثر من الاطفال. وهم يعملون نفس الشيء تقريبا. ولكن بدون تعاون فعال. بالرغم من وجود اهتمام متزايد بنشاط بعضهم البعض. كما يظهر اللعب الترابطي Associative play: في سن الرابعة من العمر. وفيه يلعب الطفل مع اقران آخرين في أنشطة متشابهة منظمة بطريقة فضفاضة Loosely organized فترى الطفل يشارك الآخرين في انشطتهم ويستعمل نفس المواد والالعاب التي يستعملها الطفل الآخر. ويراقب أنشطة الآخرين وينفذها مع شريكه في اللعب. (Hirschfeld & Gelman. ; 2004).

ويظهر اللعب التعاوني Co – operative play: وهو نوع من اللعب يتضمن تنظيما اجتماعيا معقدا لنشاط مجموعة الاطفال المشاركين فيه. بحيث يخضع كل طفل في لعبه لروح الفريق. ويؤدي عملا أساسيا يطلب منه. ويخضع لقائد النشاط الذي يوجه نشاط الجماعة في العابها. ومع الاقتراب من مرحلة المراهقة يمارس الطفل لعب العصابات Gann groups play: ويطلق على هذا النوع من اللعب بنشاط العصابات. وتسيطر على نشاطه.

(3 – 4) الروضة والنمو النفسي للطفل:

يساهم التعليم المدرسي الصحي والإيجابي مساهم فعالة في تكوين كل الجوانب المختلفة بالإحساس بالكفاية الشخصية وتحقيق الذات والتوظيف الكامل لقدرات الفرد. وقد أورد النشواتي (2003) عددا من المقترحات تنطوي على بعض الفوائد التي تمكن المعلم من توفير مناخ تعليمي صحي وإيجابي:

(1) التفاعل الصفّي:

فمجرد وجود المتعلم في الوضع الصفّي يوفر له فرص التفاعل الناجح مع الآخرين بالرغم من عدم تساوي فرص التفاعل لدى كافة المتعلمين بحيث يختلفون في مقدار مساهماتهم في النشاطات الصفّية.

(2) التعبير عن الانفعالات:

تمثل المدرسة المكان الملائم لتنمية الإمكانيات العقلية والانفعالية للمتعلم. وتهي له المناخ المناسب كي يستطيع من خلالها التعبير عن أفكاره ومشاعره بشكل صريح وقام. ويمكن للمعلم في هذه الحالة أن يزود طلبته بالقدرة على فهم أنفسهم وعالمهم بتوفير الفرص التي تساعد على الانفتاح والتعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم حيال ما يواجهون من مشكلات وتساؤلات واستفسارات.

(3) توفير مناخ تعليمي تقبلي:

ويحتاج الإنسان عبر مختلف مراحل العمرية إلى الإحساس بأنه مقبول ومحبوب بالرغم من إدراكه بأن بعض جوانب سلوكه مرفوضة أو غير مرغوب فيها. ويستطيع المعلم إنتاج مناخ تعليمي تقبلي في صفه باتباع أساليب عديدة كالابتسامة الدالة على الرضى والتفاعل الودي والتشجيع على بذل المزيد من الجهد ومخاطبة المتعلم باسمه والاعتناء ببعض أعضائه.. الخ.

(4) تزويد المعلمين بقواعد واضحة:

ويحدد المعلم قواعد السلوك المناسب بوضوح لطلّبه ويتأكد من معرفة المتعلم لها ربما تكون أفضل الطرق التي تساعد الطفل على معرفة ما المتوقع منه فوجود مثل هذه القواعد لدى الطفل وتطبيقها على نحو ثابت ومنسق تحقق فهم الطفل من أنه موضع اهتمام المعلم ورعايته. والإحساس بالعدالة عند إرغامه على إطاعتها.

(5) إتاحة فرص النجاح:

وأوضحت الدراسات والبحوث أثر النجاح والفضّل من قبل المعلمين في تكوين مفهوم الذات عند المتعلم وإحساسه بكفايته الشخصية. وأن النجاح يؤدي إلى مزيد من النجاح بينما يؤدي الفشل إلى مزيد من الفشل. وعلى المعلم إزاء ذلك أن يتيح أكثر الفرص إمكانا للشعور بالنجاح عند طلبته. ومثل هذا الشعور يؤدي بالضرورة إلى رفع مستوى طموحاتهم ويمكنهم من الإنجاز الأفضل على المستويين النفسي والتحصيلي.

(4 – 4) أساليب الارشاد النفسي لطفل الروضة:

يساعد تقديم الرعاية المناسبة في الوقت المناسب لطفل هذه المرحلة على الوقاية من الخبرات الصادمة التي تحدث في الغالب في تلك الفترة من العمر. كما يساعد على سرعة التعلم وتشكيل شخصيته بانطباعات ليس من السهل محوها مما يسهم بشكل فاعل في تحديد نوع الخبرة التي تؤثر بقوة على نموه العقلي المعرفي. وان القصور في تقديم الخدمات الارشادية للطفل والخبرات المرتبطة بالحرمان الحسي المبكر يصعب تعويضه. ففي الحالات الطبيعية نجد ان العينين ترسلان عادة رسائل الى القشرة الدماغية عند الاستثارة البصرية. وعند حدوث تشويه او اذا كانت المثيرات المعروضة امام المجال البصري لا تحفز على الاتصال العقلي او التفاعل. فان ذلك لا يثيرها ولا يساعد على تطوير هذه الحاسة. وعند محاولة التدريب على الحاسة بعد فترة الفقد او عدم التوظيف. يكون من الصعب استعادة كفاءة هذه المراكز. وبرزت بدير متطلبات النمو الجسمي في هذه المرحلة من حيث: ضبط حركات الجسم والمحافظة على التوازن ومعرفة وظيفة كل عضو من اعضاءه الخارجية واتقان هذه الوظيفة الى حد كبير. والصحة العامة والتغذية المتوازنة المناسبة لعمر الطفل. مشيرة في الوقت نفسه الى السلوكيات الواجب اتباعها في تناول طفل هذه المرحلة للطعام والتي اشتملت على الاتي:

- الحفاظ قدر الامكان على مواعيد تناول الطعام باوقاته الثلاثة: الفطور والغداء والعشاء.
- الحفاظ كذلك على الهدوء أثناء الوجبات وعدم الشجار سواء كام ذلك بين الوالدين او بين الاخوة انفسهم وعدم توجيه اللوم باستمرار.
- تنبيه الطفل بعدم اللعب اثناء الاكل ويترك ذلك الى الطفل كي ينال كفايته من اللعب ومن النوم قبل الاكل.
- عدم الضغط على الطفل لياكل فوق شهيته.

ويحتاج المربون وأولياء الامور الى تحديد كيفية الاستفادة من الانشطة الحركية لاطفال الروضة من اجل تشجيع تكوين مفهوم الذات الايجابي المستقر من خلال زيادة قدرتهم على استخدام اليد في التعامل مع الاشياء كالاقلام والجري والقفز والتسلق. وزيادة القدرة كذلك على اداء الحركات الاكثر دقة باليد والعين حينما يتعامل يدويا مع اشياء اصغر وادق. والاستجابة للتغيرات في الموقف الخارجي استجابة اسرع واشمل.

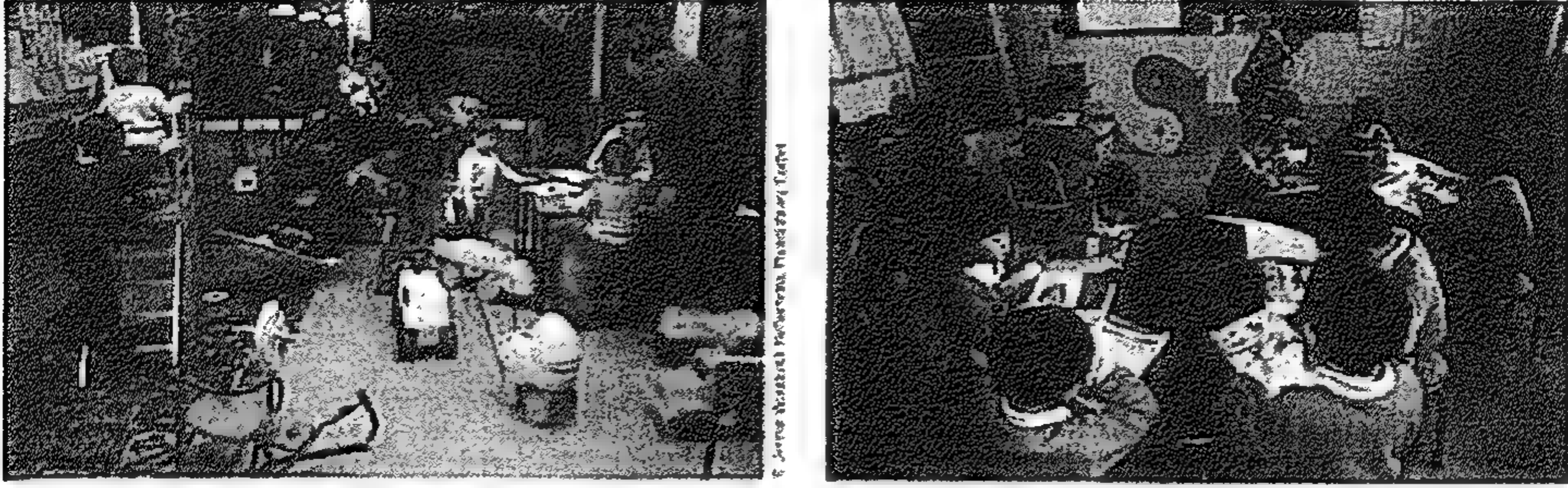
(1) دور المرشد النفسي:

على المرشد النفسي ان يأخذ بعين الاعتبار ما يلي:

- عدم اخبار الاطفال مسبقا عن المهارات التي سوف يؤديها لان من الاستراتيجيات المهمة هو ان تساعد طفل الروضة على التفكير وتشجيعه على المبادرة والتقائية. والتقليل من الاعتماد على تكرار انماط محددة يقوم بتقليدها.
- اعطاء معلمة الروضة الفرصة لابتكار الحركات والمرونة في اداء الاطفال.
- اختيار المكان المناسب لأداء الحركات والانشطة الحركية حيث يشكل المكان اهم المتغيرات والعوامل التي تؤثر على فعالية الحركات وتطبيقها.
- التناوب بين ممارسة الالعاب بالأدوات الصغيرة للعب. بحيث يشكل التنسيق مع فصول المدرسة والتنظيم مع الانشطة الأخرى صعوبة تواجه ممارسة المهارات الحركية.
- تعد شروط الامن والسلامة من الضوابط المهمة لأداء الانشطة الحركية.
- كما تشكل الأماكن الواسعة أهم عوامل نجاح النشاط البدني للأطفال. فالانشطة الحركية التي تمارس خارج الفصل تساعد على النمو الحركي وتؤدي الى اللياقة البدنية.
- التأكيد على تحقيق المتعة للطفل أثناء ممارسة الالعاب والمهارات الحركية. بحيث يساطيع الطفل ان يكتشف ذاته ويبتكر في حركاته ويكون شغوفاً ليوسع مدى حركاته. ويختبر ذاته وقدرته على التوازن والاتزان من خلال السير على ارتفاعات مختلفة او السقوط من ارتفاع محدد.
- اللعب الحر والنشاط البدني يكسب الطفل المعرفة عن ذاته الجسمية وكفاءته الحركية ودور معلمة الروضة في تحفيز الطفل واستثارته لاستخدام جسمه من خلال أنشطة متنوعة في ظروف مختلفة. وافساح المجال وافساح المجال امام الطفل من خلال حركات الاتزان والاسترخاء والسيطرة على الجسم.
- تعتبر الانشطة الحركية وسطاً مباشراً للتعلم. يوفر تغذية فورية لا تعتمد على الكلمات والالفاظ. ولكن الطفل يحصل على الناتج الفوري لأدائه وفاعليته في اكتشاف نفسه وبيئته.
- ان استخدام الكلمات التلقائية أثناء اللعب وبمصاحبة الحركات ينمي المهارات اللغوية عنده ويشجع الابداع اللغوي لديه.
- وعلى معلمة الروضة كذلك: اتاحة الفرصة لتوسيع مدارك وخبرة الاطفال والمبادأة والتخيل والاستقلال في الاداء، وتقديم التوجيه وتعديل الخطأ وقت حدوثه، وان تستخدم التشجيع الايجابي بطريقة هادئة. وان تكون المهام في حدود قدرات الطفل وامكانياته والتنوع في الادوات والمواقف والافكار الخاصة بالمهارات الحركية.

ويعد حب الاستطلاع الطبيعي مدخلا أساسيا للمعرفة لدى طفل الروضة. حيث تلعب المعرفة في هذه المرحلة من العمر الدور الأساس في عملية التنمية في مجالاتها المختلفة البشرية والاقتصادية والسياسية. والتي يمكن اكسابها للأطفال أثناء مراحل نموهم المتتابعة. وقد اعتبر بياجيه ان هناك عمليات معينة تكمن وراء التعلم تمثلت في التكيف مع البيئة وتنظيم الخبرة بواسطة الاداء والذاكرة او الادراكات او غير ذلك من انواع النشاط العقلي. فالطفل بتطور نموه يتكيف مع سلسلة متوالية من البيئات ويتكيف بتعدد متزايد من التنظيم. كما تؤثر البيئة التي ينشأ فيها الطفل في معدل نموه

(2) دور معلمة الروضة:



تساؤلات عديدة يسعى علماء النفس جاهدين للإجابة عنها بهدف معرفة وتحديد طبيعة النمو الانساني والتغيرات التي تصاحبه عبر دورة حياة الانسان. ويتبادر ازاء ذلك عدد من الاسئلة الاخرى التي نبحث عن اجابات محددة لها. (Binger, 2003):

- ما نمط التغير الذي يطر على الانسان مع نموه
- ما التنظيم الذي تتخذه حياة الانسان في دورة حياته الكلية؟
- ما الخصائص التي يتميز فيها نمو كل مرحلة من مراحل دورة الحياة؟
- ما الذي نتوقعه من الفرد في كل مرحلة من مراحل حياته؟
- ما درجة الاتساق في التغير من مرحلة الى مرحلة اخرى في حياة الانسان؟
- ما درجة العمومية والتفرد في الشخصية الانسانية في حياة الانسان المختلفة؟
- ما الذي يمكن ان تقدمه للانسان حتى يفهم مسيرة حياته تجنباً لمشاعر القلق او الخوف من المستقبل؟
- ما الذي يمكن ان تقدمه لراستنا لنمو سلوك الآخرين في فهم نمونا الذاتي؟
- ما العوامل والقوى والتغيرات التي تؤثر في النمو الانساني عبر مدى الحياة؟
- ما الذي يمكن ان تقدمه دراسة النمو في مواجهة متطلبات الانسان في الماضي والحاضر والمستقبل؟

(4 - 5) أهداف الإرشاد النفسي لمعلمة الروضة:

ان الهدف الاساسي للإرشاد النفسي للأطفال هو في مساعدته في تحقيق نمو سليم متكامل وتوافق سوي. ولقد حاول علماء النفس الوقوف امام ظاهرة النمو الانساني والمتغيرات التي ترتبط به ليفرز علما قائما بذاته من اجل الاجابة عن كل التساؤلات التي يبحث القارئ اجابات محددة لها. ولا شك في ان فهم خصائص نمو الأطفال في المراحل العمرية الاولى للنمو الانساني تساعد العاملين في المؤسسات التعليمية الخاصة بهم على التخطيط واعداد المناهج التعليمية والانشطة المرافقة التي تساعد في بناء شخصية الطفل وتطورها بما يتناسب واحتياجاتهم وانارة الطريق فيما يقدمونه من مواد معرفية ودراسية تتلاءم وانشطة والعباب حاجات الأطفال واستعداداتهم ومستوى نضجهم.

ويمكن تقديم الخدمات الارشادية في مختلف مراحل التعليم للأطفال سواء من خلال الاسرة او المؤسسات التعليمية المتنوعة او مراكز التوجيه والارشاد النفسي او العيادات الصحية ومراكز الرعاية الاجتماعية الخاصة بهم. حيث تهدف الخدمات العلاجية للأطفال الى توفير جو نفسي امن للطفل يشعر من خلاله بالدفع والاهتمام دون خوف او وجل. كما تسعى هذه الخدمات الى التغلب على المشكلات النفسية التي قد يعانون منها.

وتسعى الخدمات التربوية لمعلمة الروضة الى التعرف على قدرات الأطفال وتشخيص حالات التأخر الدراسي وعلاجها خاصة ممن يعانون من صعوبات في التعلم. وتقديم البرامج التربوية الهادفة التي تتلاءم وقدراتهم واستعداداتهم.

وتنصب الخدمات الاسرية لمعلمة الروضة على دراسة العلاقات بين اعضاء الاسرة الواحدة والعمل على تغييرها بما يحقق النماء الايجابي للأبناء والتوافق السليم لكل اعضاء الاسرة بمن فيهم الابوين.

وتهتم معلمة الروضة بصحة الطفل واجراء الفحوص الدورية المتتابعة كلما انتقل من مرحلة نمائية الى مرحلة نمائية جديدة. وتعليم الطفل العادات الصحية السليمة. بتدريبه على احداث السلوكيات السوية. وارشاد الابوين نحو تعليم اطفالهم العادات الصحية السليمة وتسعى مراكز الارشاد النفسي التربوي في المؤسسات التعليمية الى العمل على زيادة الوحدات الصحية التي تقوم بالعناية وحماية الأطفال من اي خلل او اضطراب يصيبهم. كما تعنى بتقديم خدمات الرعاية النمائية في كل مرحلة من مراحل نمو الطفل بما يحقق التوافق السليم له. واتاحة الفرصة لاستكشاف البيئة من حوله والعمل على تحقيق مطالب النمو في مختلف المراحل النمائية المتتابعة.

ومن الضروري الاهتمام بالتنشئة الاجتماعية للطفل واكسابه الاستجابات السلوكية الاجتماعية المناسبة لقيم وعادات وتقاليده المجتمعية ومعاييرها وتعديل الاتجاهات السلبية للوالدين نحو طفلها وتدعيم العلاقات بين كل من الطفل ووالديه وأخوته وأقرانه وجيرانه وأبعاده عن مصادقة أقران السوء إلى جانب الاهتمام بالنواحي الروحية والأخلاقية من خلال تزويده بالقيم الدينية والأخلاقية.

خامساً: مرحلة الطفولة المتوسطة وأساليب الإرشاد فيها:

تبدأ هذه المرحلة من سن: 6 – 9 سنوات ويسمى عدد من الباحثين بالمرحلة الابتدائية الأولى. حيث يدخل الطفل في هذه المرحلة المدرسة الابتدائية إما قادماً من المنزل مباشرة أو منتقلاً من دار حضانة أو رياض الأطفال. وفي هذه المرحلة تتسع الآفاق العقلية المعرفية للطفل. ويتعلم المهارات الأكاديمية المختلفة. كما يتعلم المهارات الجسمانية اللازمة للالعاب واللوان النشاط العادية. وتتضح في هذه المرحلة كذلك فردية الطفل وسعيه نحو اكتساب اتجاهات سليمة نحو ذاته. وتوسع دائرة علاقاته الاجتماعية فينضم إلى جماعات جديدة وتطرد عملية التنشئة الاجتماعية وتزداد استقلاليته عن والديه وأسرته.

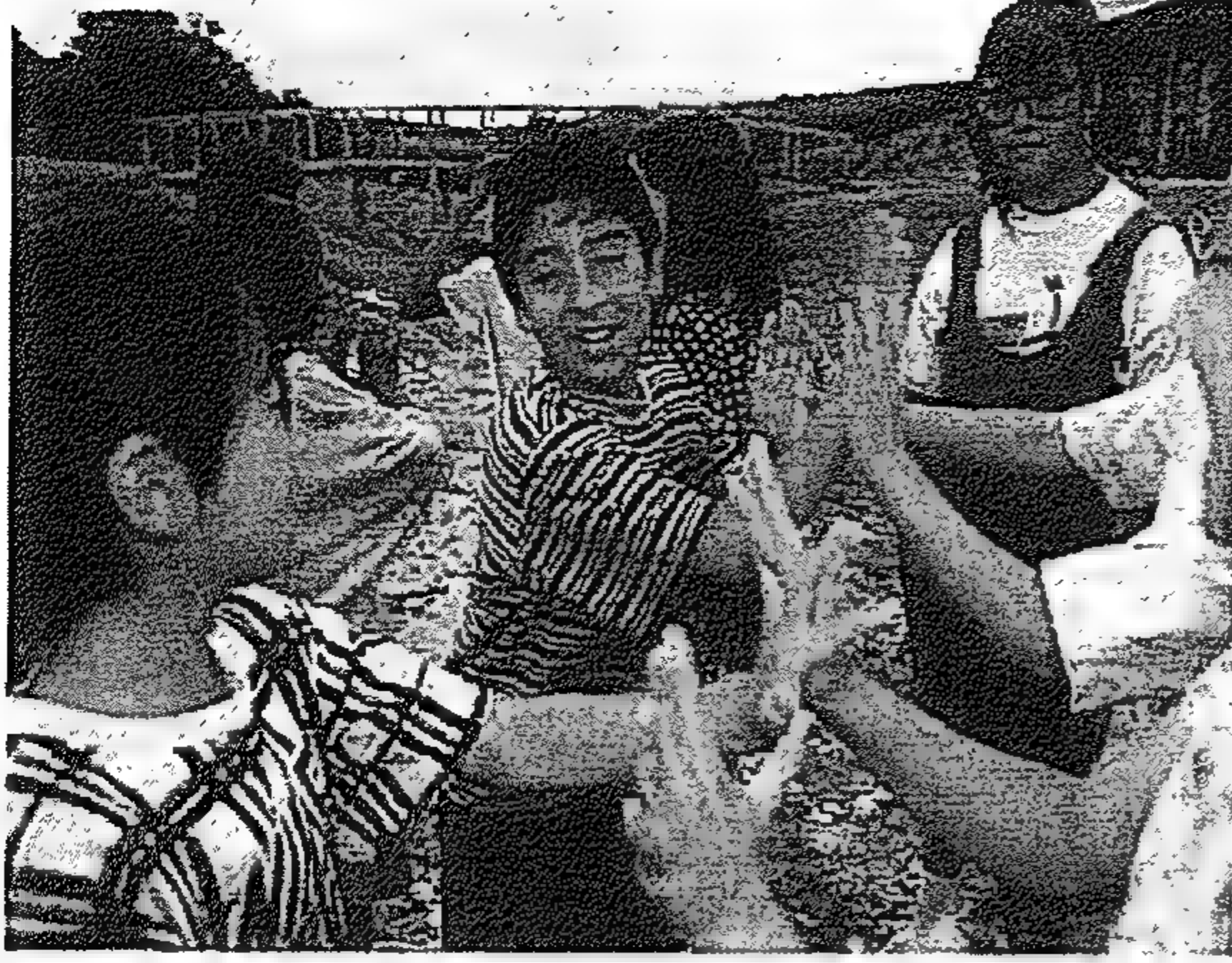
ومع انتقال الطفل من حياة البيت إلى المدرسة. فإنه يدخل في حياة جديدة مليئة بالخبرات الجديدة وتعتبر هذه المرحلة بداية رحلة تعليمية طويلة تنتهي بوصول الطفل إلى مرحلة الرشد. وتلعب المدرسة دوراً هاماً وفعالاً في حياة الطفل وتكسبه كثيراً من أنماط السلوك الجديد والمهارات الأكاديمية وتتوسع حصيلته الثقافية وتمكنه من ممارسة العلاقات الاجتماعية. وتزداد الفروق الفردية بين الجنسين وضوحاً في هذه المرحلة. وتتفوق الإناث في الذكاء عن الذكور في هذه المرحلة بحوالي نصف سنة.

ويؤثر كل من المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة بشكل واضح في النمو العقلي للطفل. هذا بالإضافة إلى دور المدرسة ووسائل الإعلام السمعية والمرئية على نمو الذكاء لدى أطفال هذه المرحلة. وقد لاحظ الباحثون أن انخفاض المستويات الاجتماعية والاقتصادية لبعض الأسر تعيق نمو الذكاء عند أطفالهم. نتيجة عدم قدرة أهل على توفير فرص التعليم لأبنائهم. ونقص في تشجيع الآباء لأبنائهم لمزيد من التحصيل. وأشار الباحثون كذلك إلى الأثر الواضح الذي يتركه التعزيز الاجتماعي لدى الأطفال. وتؤكد الدراسات كذلك إلى أن النمو العقلي يرتبط بالنمو الاجتماعي والانفعالي. والأطفال الذين يتميزون بالاعتمادية في سلوكياتهم يكون تقدمهم العقلي أقل من الأطفال الذين يتسمون بالاستقلالية في سلوكياتهم في مثل سنهم. (Berk, 2007).

(5 - 1) دور المرشد النفسي في التعامل مع مشكلات الاطفال في هذه المرحلة:

للمرشد النفسي دور هام في في ارشاد اطفال هذه المرحلة والتي عادة تتلازم مع ارشاد والدي الطفل في التعريف بالخصائص النمائية للطفل وطبيعة المشكلات التي قد تواجهه حتى

يمكنهم التمييز ما بين السواء واللاسواء في سلوك اطفالهم.



لذلك تستمد العلاقة الارشادية مع اطفال هذه المرحلة من الخصائص النمائية للطفل وحاجاته. بحيث يشبع الطفل تلك الحاجات من خلال اعتماده الكلي على الام ليبدأ في هذه المرحلة من التحرر والاستقلالية والاعتماد على الذات. فينخفض اعتماده على ابويه بشكل

تدريجي خاصة عندما يتعاون الاباء والمعلمون في وضع تصوراتهم لما ينبغي ان يكون عليه طفل هذه المرحلة. ويكون المرشد النفسي اشباع حاجة الطفل في التحرر التدريجي والاستقلالية والاعتماد على الذات. وتقبل الطفل بما هو عليه وليس ما ينبغي ان يكون عليه.

ويحتاج طفل هذه المرحلة الى الامن والطمأنينة نتيجة الاستقلالية والاعتماد على الذات وانصراف الوالدين عنه مما يتحتم على المرشد النفسي اشباع حاجته تلك عن طريق المقابلات الارشادية. ومع تقدم الطفل في العمل يجد نفسه في حيرة وصراع بين ضرورة الحياة مع الواقع والتمسك بالكمال والمثالية التي نشأ عليها في كنف والديه. وفي هذا المجال يمكن للمرشد النفسي مساعدة الطفل في التعامل بشكل تدريجي مع الطفل كي يسهل عليه الانتقال التدريجي للحياة الجديدة. خاصة وان الطفل يسعى في هذه المرحلة الى تكوين الصداقات وكسب حب الآخرين او تجنب كرههم. بحيث يتركز دور المرشد النفسي في الكشف عن مثل هذه الميكانزمات واعطاء الحلول المناسبة لذلك.

وعلى المرشد النفسي مساعدة الطفل على التمييز بين حاجاته الايجابية كالانتماء والارتباط والحب وانماط سلوكية وانفعالية اخرى كالنرجسية والغيرة والعدوان. مع التأكيد على ان الاتزان الانفعالي يتحقق عندما يتم اشباع الحاجات الايجابية للطفل. ومساعدته في حل المشكلات التي قد تصادفه ازاء هذه العلاقة.

وفي ضوء العلاقة الدافئة والمعاملة الهادئة التي تربط المرشد النفسي مع الطفل فان عليه التركيز على تغيير مواقف الطفل وتعديل سلوكه تزامنا مع التركيز على الطفل نفسه. والتخفيف من اثر الضغوط والاحباطات التي قد يتعرض لها ومساعدته في ازالة الاسباب والتدريب على مواجهتها اخذا بعين الاعتبار رغبات الطفل وتوقعاته.

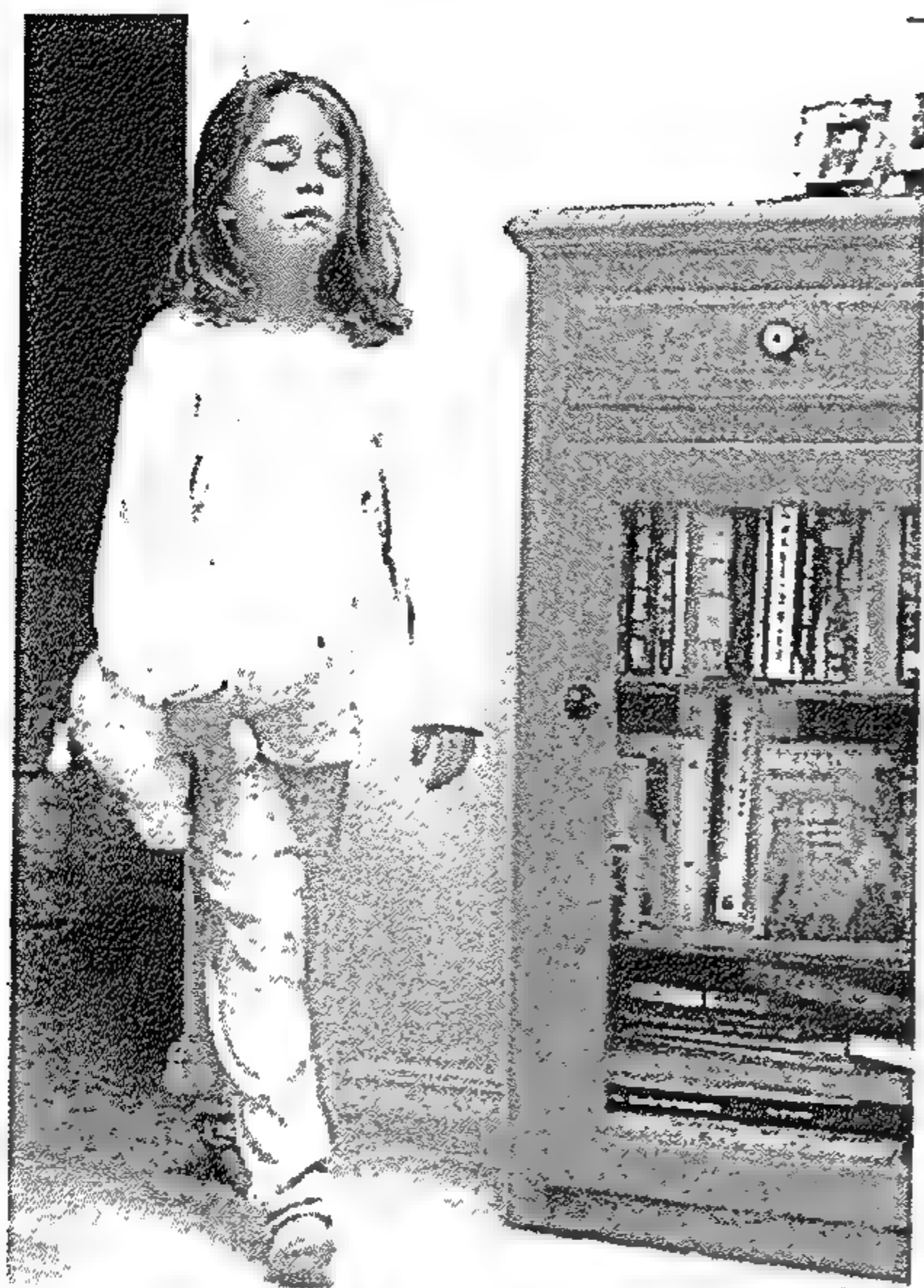
(1) اضطرابات النوم Sleep disorders:

ان ساعات النوم الطبيعية تتراوح بين 4 – 10 ساعات يوميا. وأن الانسان يقضي ما بين 30 – 40 سنة من عمره في النوم. وحتى وقتنا الحاضر لا يعرف العلماء لماذا ننام بالرغم من ان بعض هؤلاء العلماء قد ذهب الى القول باننا ننام حينما نتعب وان النوم بحد ذاته يعيد لنا الحيوية والنشاط. الا ان عددا من العلماء يرون غير ذلك.. فأجسامنا تستهلك نفس كمية الاكسجين والجلوكوز اثناء النوم التي تستهلكها اثناء مشية عادية. او في حالة استرخاء. وان اجسامنا تلك لا تتخلص من اي مادة سامة اثناء النوم. وان النوم لا زال سرا يحير العديد من العلماء الذي يدرسون تلك الحالة. ويرى العلماء بان هناك جهازا للتكوين الشبكي في اعلى المخ المتوسط وتحت الهيبوثلاموس مسؤول عن حالة اليقظة مادام هذا الجهاز يسمح بمرور التنبيهات العصبية الى لحاء المخ. فاذا نام هذا الجهاز كانت حالة النوم للانسان. وفي الآونة الأخيرة. تم اختراع جهاز رسم المخ الكهربائي E E G مما أدى الى زيادة قدرة العلماء في دراسة حالة النوم بشكل افضل. وقد ذكر دافيدوف (2001) في دراساته عن المخ. ان النشاط الكهربائي للمخ يتغير بانتظام خلال وقبل فترة النوم. ولوراقبنا انفسنا فترة من الزمن. فانا نجد انفسنا ننظم فترات نومنا ويقتلنا واوقات طعامنا وكأننا نعيش في كون تنظمه ايقاعات محددة ترتبط بايقاعات نومنا ويقتلنا. فتغيرات حرارة الجسم وضغط الدم وحجم البلازما وافرازات الهرمونات والعمليات الحيوية وعمليات الايض داخل اجسامنا تحدد حالات نومنا عند انخفاض معدل عملياتها. ونستيقظ عند ارتفاع معدل تلك العمليات. (Rathus, 2002)

ويمكن تعريف اضطرابات النوم على أنها حالة من انعدام الفعالية في النوم أو السبات. تقترن عادة بفقدان الوعي المؤقت. وانخفاض مستوى الشعور بالمؤثرات المحيطة. وهناك فرق بين فقدان الوعي نتيجة تناول المخدر أو المرض وبين النوم الاعتيادي الطبيعي. الذي يتميز بسهولة عودة النائم الى مستوى اليقظة بمجرد إفاقتة من نومه أو إيقاظه. (بشناق، 2001)

الإرشاد النفسي في الطفولة

هناك اشكال مختلفة لاضطرابات النوم فاضطراب إيقاع النوم **Dyssomnias**: يتمثل في كمية النوم وكيفيته ومدته أو توقيته. كالارق **Insomnia** الذي يشير الى عدم القدرة على الحصول على النوم الكافي. ويتجلى في صعوبة البدء في النوم. أو عدم الراحة في أثنائه، أو صعوبة الاستمرار فيه. أو يكون بالاستيقاظ المبكر في الصباح. وهي حالة يتعذر فيها الطفل النوم ويتمثل الأرق في ثلاثة أشكال هي: صعوبة بدء النوم، وصعوبة الاستمرار في النوم، والاستيقاظ المبكر.



وإفراط النوم تبدو على الطفل خمول واضح ويميل الى النوم لساعات طويلة في النهار بالإضافة لنومه الاعتيادي في الليل. ولا يظهر على الطفل حالة الانتعاش أو الحيوية بعد النوم. بل يبدو الأمر عليه نوم فخمول فنوم ثانية. مع القدرة على مقاومة العودة الى النوم مرة أخرى. وقد ترافق هذه الحالة عند الطفل حالة سمنة واضطراب في بعض وظائف التنفس. ومخلات النوم **Parsimonies**: ويتمثل في أحداث غير طبيعية عند العتبة الفارقة بين اليقظة والنوم أو أثناء النوم. مثال ذلك: أن يصاب الطفل بالكابوس **Night mare disorder**، ورعب الليل (اضطراب الفزع أثناء النوم) **Sleep terror disorder** والاضطراب المخل بالنوم: مثل اضطراب الكلام أثناء النوم واحتكاك الأسنان ولزمة البلع والاستيقاظ المبكر وغيرها.

هناك عوامل عديدة تسبب اضطرابات النوم: فقد تحدث حالات الأرق عن الأطفال العاديين نتيجة لضغوط نفسية أو توتر أو إرهاق جسدي. أو رغبات مكبوتة، أو شعور بالذنب، أو الخوف في الوقوع في الخطأ أو مضايقة الطفل من قبل رفاقه داخل الروضة أو خارجها. وربما لأسباب غير واضحة. وربما يكون لتغيير النوم أو اتجاه السير أو في المنزل الجديد أو المنزل الذي تم إدخال تعديلات لم يألفها الطفل بعد. كما قد يعاني الطفل من إفراط في النوم نتيجة فقر الدم، أو نقص هرمون الغدة الدرقية، أو سوء التغذية، أو تناول بعض الأدوية، أو الإصابة بالتهاب السحايا التدرني، أو لأسباب غير معروفة. أما اضطرابا الكوابيس فقد تكون أسبابها معاناة الطفل من مشكلات نفسية. أو أن الطفل يعيش في ظروف أسرية واجتماعية غير طبيعية. أو مشاهدة الطفل لأفلام مرعبة قبل النوم. أو سماعه لقصص خرافية.

أما اضطرابات الرعب الليلي: فليست هناك أسباب واضحة خلف هذه النوبة. وإن كانت مشاعر الخوف التي تفرسها الأم في نفس الطفل تجعله أكثر عرضة للرعب الليلي. كما أنه لا توجد أسباب واضحة لاضطراب المشي أثناء النوم إلا إذا كانت على مستوى العادة أو النقل التلقائي من فرد داخل الأسرة. ولا توجد أسباب تفسر شلل النوم الذي ينتاب الصغار والكبار معا. أما الكلام أثناء النوم فسببه الخوف الكامن في نفس الطفل من موقف ما أو حبه لموقف ما. أو المصاحبة لاضطراب فزع النوم.

عزيزي الدارس: يمكن وضع جدول زمني لنوم الطفل والتأكد من التزام الطفل بذلك. وهذا يعني أن يذهب إلى الفراش. ويستيقظ في الموعد المحدد نفسه. ولا بأس من استخدام ساعة منبه. ومن المفضل تجنب النوم نهارا خاصة بالنسبة للأطفال الكبار. على أن يسبق النوم نشاطات هادئة تبعث على الاسترخاء. مثل القراءة. كما أن حماما ساخنا قبل النوم يساعد على الاسترخاء. أو استخدام اشربة كاسيت تبعث على الاسترخاء. وأن رش بعض العطر على وسادة الطفل قبل نومه يشعره بالاسترخاء والرغبة في النوم. والأكل باعتدال. لذلك، فإنه لا بد من تجنب الوجبات الثقيلة في وقت متأخر ليلا. كما يمكن تجنب المشروبات التي تحتوي على منبهات مثل الكافيين مدة 5 - 7 ساعات قبل النوم. كالقهوة والشاي والكافكاو. ومما يساعد على النوم. تناول وجبة خفيفة. خاصة إذا كانت غنية بحامض التربتوفان L - Tryptophan إذ أن له خصائص تدفع إلى النوم. وتشجيع الطفل على ممارسة التمرينات الرياضية خلال النهار. إذ أن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى زيادة فترة النوم والنوم العميق الهادئ. ويجب أن تكون غرفة النوم مناسبة. أي أن تكون معتدلة الحرارة. وبعبارة عن الضوضاء لأن الصوت المنبعث من الشارع أو من صوت المسجل أو التلفاز يؤدي إلى اضطرابات في النوم. كما أنه لا بد من استخدام السرير فقط للنوم. وليس لمشاهدة التلفاز أو للقراءة. وينصح الطفل الذي يعاني من الأرق بعدم اللجوء إلى الفراش إلا وقت النوم. وإذا لم يدركه النوم بعد خمس دقائق عليه أن ينهض من الفراش ويمارس بعض الأعمال. وتغيير مكان النوم خاصة إذا كان المكان الأول يبعث على الخوف ويؤدي إلى الأرق.

(2) اضطرابات الأكل Eating disorder:

يعتبر تناول الطفل للطعام والتمتع به من الدلائل التي تشير إلى الصحة الجسمية والنفسية. فالاضطرابات المتعلقة بالأكل تتسم بتغيرات نفسية وسلوكية تجاه الطعام. مما يحدث اضطرابا تؤثر على شهية الطفل للأكل. وتحدث بالتالي عادات سلوكية غير مرغوب فيها. مثل حالات التقيؤ أو ترجيع الطعام (الشرييني، 2007). وقد تجد بعض الأطفال لا يرغب في تناول الطعام (أو كما تقول الأمهات في كثير من الأحيان: أكله صعب). بينما نجد أطفالا آخرين يتناولون الطعام بشراهة دون حدوث أية مشكلات لديهم. وما بين الطفل الأول والطفل الآخر يحدث اضطراب في الأكل لديهم.

الإرشاد النفسي في الطفولة

وللتغلب على مشكلة فقدان الشهية، اقترحت عيسى (1993) برنامجا متكاملًا للتغلب على مشكلات فقدان الشهية اشتمل على الخطوات الاجرائية التالية:

1. تحديد السلوك المشكل عند الطفل.

2. ملاحظة السلوك المشكل عند الطفل:

راقب الطفل فترة زمنية معينة (أسبوعان مثلا) وسجل السلوك الملاحظ مستعينا بمحاولة الإجابة عن بعض الأسئلة المقترحة التالية:

- أي الأطعمة يرفض الطفل أكلها؟ الفاكهة والخضروات النيئة. الفاكهة والخضروات المطبوخة، اللحوم، منتجات الحبوب (الخبز، والرقاق) أو المعجنات، الألبان والبيض ومنتجاتها، العصيرات، الحلويات، الساندويتشات، الشرب؟
- أي الأطعمة يستمتع الطفل بأكلها؟ الحلويات، العصيرات، الألبان والبيض ومنتجاتها، الساندويتشات، الشرب، الفواكه، الخبز، اللحوم، منتجات الحبوب (الخبز والرقاق) أو المعجنات، الخضروات النيئة، الخضروات المطبوخة، لا يحب أي نوع من الطعام.
- كيف يعبر الطفل عن عادات أكله الصعبة / فقدان الشهية في تناول الطعام: يجلس بهدوء ويدون أكل، يعبر عن كرهه لبعض الأطعمة لغويا، يعبر عن شعوره تجاه بعض الأطعمة بقسمات وجهه أو بالضوضاء، يبدو الكرب على وجهه عندما تقدم له أطعمة معينة، يبكي، يحاول التخلص من الأكل في صحته، يحاول ان يعطي طعامه إلى الأطفال الآخرين، يبيضي الطعام في فمه لمدة طويلة، يلعب بالطعام، يحاول ان يرمي الطعام على الأرض أو برميل القمامة، يشتكي من نوعية الطعام.
- ماذا يحدث عندما يبدي الطفل هذا السلوك: يأكل قليلا جدا من الطعام، يأكل بانتقاء بعض منه، يتحدث المعلمون معه عن ضرورة الأكل، يحاول المعلمون إقناعه بالأكل، يناوله المعلم الطعام، غالبا ما يكون الطفل آخر من ينهي تناول الطعام، يترك جزءا من طعامه في صحنه، يأكل الحلويات. لكنه لا ينهي الوجبة الرئيسية، يتكلم كثيرا أثناء تناول الطعام، نادرا ما يتحدث أثناء تناوله للطعام أو لا يتحدث على الإطلاق.

3. اكتشاف النتائج:

من خلال ملاحظتك لسلوك الطفل المشكل في فقدان الشهية أو الأكل المغتصب فانك سوف تلاحظ أننا جميعا دون استثناء نحتاج إلى تناول الطعام ليس من اجل البقاء فحسب. وانما نشاط قد يستمتع به البعض منا. انه تجربة حسية واجتماعية وعاطفية. ومصدر تعلم الطفل أيضا بالإضافة الى انه مرتبط بجوهر إحساس الطفل بالسعادة جراء تناوله الطعام. وسوف تجد

نوعين من الأطفال. فبعضهم يأكلون بحماس منذ الصغر. مما يجعل الآباء يتوقعون ان هذه الفئة من الأطفال تتميز بسلوك جيد في الأكل. لكن البعض الآخر قد يصاب بالغص الشديد عند الأكل. ويعانون من حساسية ضد بعض المأكولات. فيقلق هؤلاء الأطفال آباءهم. أنها خبرات يكتسبها الأطفال منذ طور الرضاعة عندهم. ويتحولون بعدئذ إلى أطفال مغتصبي الأكل. او فاقد الشهية في الأكل. ويحاول الآباء جاهدين حض أبنائهم على الأكل ولو تناول القليل منه. وعندما يصل هؤلاء الأطفال إلى مرحلة الروضة تكون عادات الأكل قد نمت وترعرت في نفوسهم مما يتطلب من المعلم تنمية وتطوير وتعزيز عادات جديدة تسمح للأطفال بالعودة إلى تناول أطعمتهم بشكل طبيعي.

4. ادرس البدائل:

تأكد أولاً ان كان بالإمكان حل المشكلة عن طريق تنفيذ واحدة او اكثر من المقترحات التالية:

- وفر للطفل جواً بيئياً مريحاً له. فغالباً ما يتأثر الأطفال بالبيئة إلى حد كبير. وعندما يكون الجو المحيط بالوجبات ساراً فإن الأكل يصبح ممتعاً بالنسبة للطفل.
- فكر كيف تقدم وجبة الطعام لطفلك. يجب ان تكون مائدة الطعام جذابة المظهر فالمظهر الجيد يشد الطفل للنظر إليه. ان الطفل الصغير يستمتع بالمأكولات البسيطة غير المخلوطة.
- تأكد من ان الطعام الذي يقدم للطفل ملائم لسنه.
- تجنب الأطعمة المبهرة كثيراً. فقط ادخل إلى طفلك الأطعمة التي لها منظر جذاب ومذاق ممتع.
- اهتم بالتنوع في لون وملامس الطعام. عند التخطيط للوجبات وتحضيرها. بنفس الأهمية التي تعطىها للقيمة الغذائية.
- قدم الأطعمة الجديدة للأطفال الصغار. هذا بالإضافة إلى الأطعمة المألوفة.
- لا تقدم أكثر من طعام واحد جديد في الوجبة الواحدة.
- استعن في إعداد وجبات الطعام لطفل الروضة بعدد من المراجع المتخصصة في إعداد وجبات الطعام ان أمكن لك ذلك. فهناك العديد من الكتب والمراجع المتخصصة في إعداد وجبات الطعام في المكتبات.
- خطط لكميات وأحجام الأطعمة بشكل واقعي. بحيث يكفي كل طفل. بحيث لا يظهر المقدم للطفل انه أكبر من حاجته بكثير حتى لا تعطي للطفل فكرة خاطئة عن كمية الأكل التي يفترض فيه ان يتناولها. وهو مع ذلك ان أراد الاستزادة من تناول الطعام فان بإمكانه الحصول على المزيد.

الإرشاد النفسي في الطفولة

- قدم الطعام بطريقة يستطيع الأطفال بموجبها ان يأخذوا ما يطيّب لهم.
- ضع الطعام في أواني صغيرة الحجم على الطاولة.
- دع الأطفال يأخذون ما يشعرون ان بمقدورهم آكله. قدم إرشاداتك حول وجبات الطعام فلربها تكون إرشاداتك للطعام المقدم للأطفال وسيلة ناجحة في ترغيب الطفل في نوع او آخر من أنواع الأطعمة المقدمة. وحين يأخذ الأطفال كمية معينة من الطعام. فانك بذلك تساعدك على قدرة التحكم في كمية الطعام الذي يأخذونه وبالتالي، فانك تقلل



من التمتع من تناول

الطعام عند الطفل.

■ خطط لمحاولات طبخ

الأطعمة أمام الطفل

المشكل نفسه. فالأطفال

يميلون إلى أن يكونوا

أكثر تشوقاً إلى الأطعمة

التي يساعدون في

تحضيرها. ويمكنك

استغلال هذه النقطة بالذات في الإشارة إلى دور الطفل في إعداد وجبة الطعام.

- عند تقديمك لوجبة طعام جديدة. تجنب ان يكون ذلك خلال الوجبة فقط. وانما لا بد من إعداد الطفل أولاً لتقبل الوجبة الجديدة من الطعام. وذلك من خلال مناقشته في الفوائد والمزايا التي يمكن تحقيقها من نوع جديد من الطعام وتشويقه للوجبة الجديدة.
- خطط لنشاط يقوم به الأطفال لإعداد وجبة جديدة من الطعام لهم.

5. حدد الهدف:

وهدفك هنا هو ان يكون الطفل أكثر تقبلاً للأطعمة وان يتذوق على الأقل كل طعام يقدم له في الوجبة.

6. الأجراء:

إننا نقترح عليك الاستراتيجية التالية لتخفيض تمنع الطفل من الأكل.

● اجعل جو وقت الوجبة الغذائية ساراً ومواتياً للأكل الطيب.

● عزز السلوك الملائم للأكل.

● تجاهل كل علامات الأكل المتغصب.

الوحدة الرابعة

وحتى تتمكن من تحقيق برنامجك العلاجي. فانه يمكنك تنفيذ الخطوات التتبعية التالية:

1. اجعل المحيط وقت الوجبة الغذائية سارا ومواتيا للأكل الطيب. نفذ اكبر عدد ممكن من المقترحات التالية:

- رتب الفصل الدراسي ونظمه بطريقة مشوقة قبل ان تبدأ بتقديم الوجبات.
- ضع جدولاً ملائماً لأوقات التنظيف مباشرة قبل الوجبات حتى تعاد الغرفة إلى ترتيبها قبل ان يبدأ الأطفال في تناول الطعام.
- اجعل المائدة جذابة. ونسق الأدوات والمواد التي توضع على المائدة ترتيباً منسقاً وليس عشوائياً.
- قدم الطعام بشكل جذاب. يجب ان تكون صحون التقديم من الحجم المناسب ليسهل حملها.
- رتب الطعام اعتماداً على جاذبيته ولونه وحجمه وقوامه. بنفس الاعتبار الذي يعطى لقيمته الغذائية.
- اختر الطعام المألوف والجذاب للأطفال. ناقش الأطفال بين الحين والآخر عما يفضلونه من أنواع الأطعمة المختلفة.
- لا تتعامل مع تقديم الحلويات على أنها جاهزة أو تحفة. بل على أنها جزء من الوجبة. إن الحلوى جزء من قائمة الطعام يجب ان تساهم في مجموع القيمة الغذائية للوجبة. ولا تقدم الحلوى كمكافأة على أكل بقية الوجبة.
- ادخل في حديث لطيف مع الطفل أثناء تناوله الطعام. تجنب التركيز بشكل مضطرب في حديثك على آداب المائدة وسلوك الأكل.
- تحدث عن الموضوعات التي تشوق الأطفال. شجعهم على التحدث مع بعضهم البعض ومعك أيضاً. فوقت الأكل يجب ان يكون وقتاً سعيداً وممتعاً.
- قدم أطعمة جديدة في الوجبات بين الحين والآخر.

2. اجمع المعلومات الجديدة التي سوف تحصل عليها ولاحظ سلوك طفلك. هل تغير إلى الأحسن؟

3. قارن بين سلوك طفلك قبل تنفيذ الإجراء وبعد التنفيذ. وارسم خطاً بيانياً يظهر مدى التقدم الذي طرأ على سلوك الطفل في الأكل.

أما الإفراط في الأكل فهو حالة من النهم والأكل الزائد الذي قد يتسبب في آلام شديدة. فعندما يتناول الطفل كميات زائدة من الأغذية. يزيد وزنه وتظهر عليه صورة اندفاع أو

الإرشاد النفسي في الطفولة

إجبار للنفس على أكل كميات كبيرة وأحيانا دون أن يحسن مضغه. وقد يكون ذلك الأمر حالة طارئة. وهناك حالات يأكل فيها الطفل كميات كبيرة تؤدي به إلى التقيؤ. أو تؤدي به إلى محاولة التخلص منه بوضع الإصبع في البلعوم. ومثل هذه الحالات تنتشر بين الإناث أكثر من الذكور. خاصة في مرحلة الطفولة المتأخرة وفترة المراهقة.

وللشره أسباب متعددة من أبرزها:

- الحالة الصحية السيئة: مثل الإصابة باضطراب غدي أو الإصابة بديدان.
- المواقف التي تتسم باتخاذ قرارات مهمة كالذهاب إلى المدرسة أو عدمه.
- الحالة النفسية السيئة نتيجة عدم الاستقرار العاطفي. وربما تظهر هذه الحالة من الشره كانعكاس لنزعات عدائية أو الشعور بالاكتئاب المصحوب بحاجة إلى الترويح عن النفس أما بالأكل أو بالنوم أحيانا لكثرة أوقات الفراغ.
- تقليد الأطفال الآخرين.
- وجود معايير اجتماعية ثقافية لما يجب أن يكون عليه شكل الجسم خاصة لدى الإناث في بعض المجتمعات.

وحتى يتم التغلب على مشكلة شره الأكل، فإنه يمكنك اتباع الأسلوب ذاته الذي استخدمناه للتغلب على مشكلة فقدان الشهية.

(3) الإحساس بالألم:

الألم هو الإحساس الذي نشعر به عندما تصبح بعض جوانب البيئة خطرة على بعض أجزاء الجسم. ويكفي مثلا وخزة دبوس لكي تثير الإحساس بالألم. وكلما أصبح الحدث أكثر تطرفا كلما تزايد الإحساس بالألم. ويصعب على الفرد التكيف مع الإحساس بالألم. بحيث يصعب على الإنسان أن يعتاد على الألم طالما أن الألم يعتبر بمثابة إنذار بوجود شيء ما خطر يهدد الكائن الحي. وأن على الكائن العمل على إزالة مصدر الخطر هذا. (Carson, et al. ; 2007)

بالرغم من أن الإحساس بالألم يصعب التكيف معه. إلا أن الألم قابل للتعديل عن طريق الثلاموس. وأن كان هذا التعديل يتم بصورة أقل من تعديل الإحساسات الجلدية. فلكل إحساس مساره في الجهاز الثلاموسي. بحيث يمكن تمييز كل إحساس عن الآخر. ذلك أن هناك مركزا في المنطقة الثلاموسية يسمى Medial nuclei يقوم بعملية التمايز إلى ما هو ساروما هو غير سار.

وكذلك، فإن للعوامل الاجتماعية تأثير على درجة الاحساس بالألم. فالطفل الذي تتم عملية تنشئته الاجتماعية في بيئة ترى أن القدرة على تحمل الألم هي معيار الرجولة. وكثيراً ما نشاهد أطفالاً يتحملون الآلام عذبة تقتضيها الطقوس في مجتمعاتهم بدرجة لا يمكن تصديقها.

ويجب ملاحظة أنه عندما يتم تحديد منطقة الألم. فإنها تكون منطقة مختلفة عن المنطقة الفعلية لمصدر الألم. وتسمى هذه الظاهرة بلفظ Referred pain وعلى سبيل المثال. فإن الألم الناجم عن التهاب الزائدة الدودية يقع تحت الثدي بينما الزائدة الدودية تقع في أسفل الأرباع الأيمن للبطن. وإن الألم الناجم عن الذبحة الصدرية والذي ينتج بسبب انخفاض كمية الدم الواردة إلى عضلة القلب. يقع في الكتف والذراع الأيسر. وهكذا.. (اسماعيل، 2001)

يمكن تصنيف الألم إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي:

- **آلام الوخز Pricking:** وهي آلام يستشعرها المرء عندما تفرز ابرة في الجلد. أو عندما يقطع الجلد بواسطة سكين.
- **آلام حارقة burning:** للآلام الحارقة نفس خصائص آلام الوخز فنحن لا نستشعر منطقة الوخز خلال منطقة الألم. التي تماثل الحرق.
- **آلام الأوجاع Aching:** هذا النوع يمثل آلاماً ميقة في الجسم بدرجات متفاوتة لا نستشعرها على سطح الجسم. وندها تنتشر الآلام الأوجاع ذات الشدة المنخفضة في مناطق عديدة من الجسم. فإنها يمكن أن تؤدي إلى احساسات غير سارة.

ولقد ميزت الجمعية العالمية لدراسة الألم بين ثلاثة أنواع من الألم هي:

- **الألم الحاد Acute pain:** وهو ألم يحدث بواسطة إصابات وتنشيط لمستقبلات الألم يستمر لفترة محددة ويتحسن عندما تشفى الأنسجة، وفي العادة يتم الاستفادة من تدخلات الرعاية الصحية.
- **الألم المزمن Chronic pain:** هو الألم الذي يحدث في الغالب، نتيجة عوامل ليس لها علاقة بالسبب الأصلي إذ لا يتم تفسير طول مدته التي قد تمتد من (3 - 6 شهور) بأسباب مرضية وفي العادة، يطلب الفرد المتألم الرعاية الطبية لكنها غير فعالة.
- **الألم المتكرر Recurrent pain:** ويأتي هذا الألم على فترات وفي العادة قصيرة، ولكن هذه الفترات تتكرر على مدى طويل. لذا فهو يجمع بين خصائص الألم الحاد والمزمن. ويسبب تكرار النوبات وفترات طويلة فإنها من الممكن للعوامل السلوكية والاجتماعية والنفسية أن

الإرشاد النفسي في الطفولة

تصبح ذات تأثير ويتطور لدى الفرد السلوك المرضي وقد يحدث ذلك أيضاً في بعض حالات الألم الحاد. (Dysvik, Natvig, Lindstrom, 2005; Kristjansdottir, 2005)

يؤدي الألم الى حدوث استجابة في شكل منعكس حركي. وكذلك حدوث استجابة نفسية. وبعض الاستجابات المنعكسة تحدث مباشرة من الحبل الشوكي. حيث تتضمن الاستجابة النفسية للألم كل المظاهر المألوفة لاستجابات الألم مثل الصياح، والقلق، والاكتئاب، والغثيان. وتختلف هذه الاستجابات تفاوتاً ضخماً من شخص لآخر. وقد يستثار أحياناً مسار عصبي حسي بسبب تغير مرضي في العصب الطرفي أو الجهاز العصبي المركزي. ومن ثم تنتقل تنبيهات تلقائية من الألياف العصبية المستثارة إلى المخ. فتؤدي إلى احساسات بالألم في موضع طرفي من الجسم. ويلاحظ أن المنطقة التي تصاب بالألم يمكن أن تسبب في أي نمط من الاحساسات. وهذا يتوقف على نمط الألياف المشتركة.

وقد اتفقت مجمل الدراسات التي أجريت على الاستجابات للأعراض والألم والإصابات، أن الأفراد يستجيبون لمجموعة متشابهة من الأعراض الجسدية بطرق متباينة جداً. إذ قد يستمر بعض الأفراد في نشاطاتهم اليومية ويقللون من الأهمية المحتملة للأعراض والألم، بينما يبعد آخرون أنفسهم عن المسؤوليات اليومية ويسعون جاهدين للحصول على الرعاية الطبية، وذلك إيماناً منهم بأن أعراضهم خطيرة.

ولقد أشار ميكانيك وفولكارت Mechanic & Volkart عام 1961 من خلال دراساتهم المتعلقة بالتأثيرات النفسية والاجتماعية على الصحة والألم، أن الأطفال يطورون خلال خبراتهم النمائية سلوكاً يسمى السلوك المرضي والذي يرجع " إلى الطريقة التي يدرك من خلالها الأفراد ويقيمون ويتصرفون عند ملاحظتهم لبعض الألم أو أي إشارات قد تدل أو لا تدل على وجود مرض أو خلل عضوي" (Claar & Walker, 1999). ويمكن قياس هذا السلوك عن طريق رصد تكرار الشكاوى الجسدية والعجز الناتج عنها.

ويفسر السلوك المرضي وسلوك الألم التباين الواضح والاختلاف على مستوى استجابة الأفراد للألم والمرض والإصابات. إذ لم يعد ينظر إلى الألم على أنه نتيجة للعمليات البيولوجية فقط حتى في حالات المرض العضوي، إنما أصبح يُحدد بواسطة مجموعة العمليات النفسية والاجتماعية والمعرفية التي تشكل السلوك المرضي (Hanson & Gerber 1990, Livneh, 2003, Lott, Antonak, 2004, Walker, Garber, Greene, 2003).

وأكدت نتائج البحوث المتعددة على دور العوامل الوالدية مثل الصحة النفسية والجسدية للوالدين وعمليات التعلم الاجتماعي في خبرات الطفل للألم. وخرجت معظم هذه

الدراسات بنتائج مفادها أن مجمل ما يتعلمه الطفل يتم من خلال النمذجة والتعزيز، فتكرار الشكاوى عند الوالدين والعجز الذي قد تظهره الأم عند تعرضها للألم يؤثر على طريقة إدراك الطفل لأعراضه الخاصة به. أما الامتيازات التي يحصل عليها الطفل في أوقات المرض، سواء أكانت مادية مثل الهدايا أم تقديم أكل خاص أم معنوية مثل النوم في سرير الأم والبقاء بجانبها، والرعاية المميزة والإعفاء من المسؤوليات، فإنها يمكن أن تعمل على تعزيز السلوك والدور المرضي للطفل. ولقد استأثرت هذه الاستجابات التي سميت بالرعاية (Solicitous) اهتمام الباحثين بشكل كبير.

إن الاستجابة للألم بطريقة سلبية وكان هذا الألم هو إشارة لكارثة تهدد الصحة، لها أهمية كبرى في النماذج المطورة لفهم العجز المرتبط بالألم ولقد أيدت الكثير من الدراسات التي أجريت على الراشدين العلاقة بين التكيف مع الألم والكارثة. ((Crane & Martin, 2004).

ويؤكد جيرنت ورفاقه ((Jerant, et al. 2005) أن استعمال استراتيجيات التعامل النشطة أي المرتكزة على المشكلة ارتبط وبشكل وثيق مع الإلتزام بنظام الرعاية الذاتية والتعليمات الطبية، والتي من شأنها أن تقلل من العجز أو التي قد تساعد في تحسين نوعية الحياة حتى لو لم تكن العلاجات الطبية فعالة. وهذا يرجع إلى التحسن الذي يطرأ على الفاعلية الذاتية للفرد أو توقعات الكفاءة. فإدراك الفرد بأنه يسيطر على أمور الصحة والمرض وأنه يقوم بإجراءات نشطة في هذا الخصوص له نتائج إيجابية على السلوكيات الصحية وبالتالي على الصحة بشكل عام. ويذكر جيرنت ورفاقه أن لوريغ و هولمان Lorig & Holman قد طوروا برنامجاً لإدارة الذات للمرضى الذين يعانون من الأم متكررة ومزمنة، يعتمد على المصادر الأربعة لرفع الفاعلية الذاتية. وهنا يشير كرسستن سشميدت وهوجارد وكريجيوم وهلسيشتان Christensen, Schmidt, Hougard, Kriegbaum, Holstein, 2006) إلى أن هناك علاقة بين استعمال استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة وبين المستوى الاجتماعي الاقتصادي فكلما ارتفع المستوى التعليمي للمرضى كلما ازداد استعمالهم لاستراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة.

وتؤكد نتائج الدراسات والأبحاث في التعامل عند فئة الأطفال الذين يعانون من أمراض والأم متعددة متكررة ومزمنة أن جهود التعامل المرتكز على المشكلة أفضل، إذ أنها تعود بالفائدة بشكل كبير على الطفل وعلى جميع الأصعدة السلوكية والانفعالية والوظائفية. ولكن بالمقابل شدد الباحثون على الأخذ بأسلوب التعامل المهدئ (التقليل، والإلهاء، والتشجيع، والقبول) الذي يركز على الانفعال لأنه أيضاً يفيد الطفل. فإعادة تأطير المشكلة بشكل إيجابي والشعور بإحساس الإنجاز في السيطرة على المهام اليومية، ومحاولة قبول الآلام والمحافظة على حالة إيجابية؛ جميعها تساعد أو تسهل التكيف المرتكز على المشكلة (Murk, 1999; De ridder).

الإرشاد النفسي في الطفولة

&Scheurs, 2001; Endler, Corace, Summerfeldt, Johnson, Rothbart, 2003; (Nicholas, Asghari, 2006).

وتؤثر طريقة تعامل العائلة مع ألم أحد أفرادها على مسار الألم والمرض، لذا يجب النظر إلى الألم من منظور اجتماعي. من هنا يتساءل الباحثون هل تلعب العائلة دوراً في أسباب نشوء الألم المزمن أم هل تؤثر في المحافظة على الأعراض؟ وفي المقابل هل أعراض الأطفال الجسدية تؤثر على تكيف العائلة بالمجمل؟ (Claar, Walker, 1999).

سادساً: مرحلة الطفولة المتأخرة:

تمثل مرحلة الطفولة المتأخرة مرحلة تنفيذ للخبرات الانفعالية التي اكتسبها في مراحل عمرية سابقة. ويلاحظ على الطفل تأثره بالضغوط الاجتماعية مما يحدث له بعضاً من الأعراض العصبية والتي تؤدي به إلى الشعور بالخوف وعدم الأمن النفسي والقلق الزائد الذي يؤثر بدوره سلباً على نموه الفيزيولوجي وكذلك نموه العقلي والاجتماعي. مما يتحتم على الوالدين والمربين مساعدة في الأطفال في هذه المرحلة على السيطرة على الانفعالات وضبطها والتحكم فيها. وفهم وتقبل المشاعر تجاه الآخرين ونحو نفسه. كما تبرز أهمية إشباع الحاجات النفسية للطفل خاصة ما يتعلق منها بحاجاته للحب والأمن والنجاح والتقدير والانتماء للجماعة. وعلى الآباء والمربين تنمية مهارات الطفل وميوله نحو المشاركة في الأنشطة والقيام بالعمل. من أجل حل الصراعات التي قد يتعرض لها أولاً بأول.

وتؤثر الثقافة ووسائل الإعلام والمستويات الاقتصادية والاجتماعية للأسرة في تشكيل الصداقات وتكوين جماعة الرفاق بالنسبة للطفل. وإن الصداقة التي تبنى في هذه المرحلة من الطفولة تكون أكثر ثباتاً واستقراراً من الصداقات التي بنيت في مراحل سابقة. كما يؤثر الأخوة الأكبر سناً على الطفل وهو بدوره يؤثر على أخوته الأصغر سناً. كما تلعب النوادي ومعسكرات الأطفال دوراً هاماً في تنظيم النشاط الاجتماعي للطفل وصقل شخصيته. وإبراز ميوله واهتماماته.

وتلعب التنشئة الاجتماعية دوراً هاماً في نمو الشعور الديني لدى أطفال هذه المرحلة. حيث يتجه الشعور الديني نحو البساطة والوحدة. خاصة وإن ارتباط الدين ونمو الشعور الديني عند الطفل بالاخلاق والنمو الخلقي والسلوك الأخلاقي وتبني القيم ونمو الضمير. مما يتحتم على المربين وأولياء الأمور إبعاد أطفالهم عن غرس التعصب الديني ضد الأديان وتركيز الاهتمام بالتربية الدينية لما لها من أهمية في هذه المرحلة بحيث تعتمد هذه التربية على القدوة الحسنة الصالحة. ومن مظاهر النمو الديني في مرحلة الطفولة المتأخرة تميز هذه المرحلة بالاجتماعية بالنظر لتأثر الطفل ببيئته الاجتماعية التي يتربى فيها. وفي المدرسة حيث يتم اكتساب الطفل

للمفاهيم الدينية في المنهاج الدراسية المقررة لهم. والتي تساعد على زيادة فهم الطفل للمفاهيم الدينية وتأثره بها.

(6 - 1) مشكلات التكيف مع المدرسة:

الذهاب الى المدرسة ليس حدثا عابرا بالنسبة للطفل وأهله. انه عملية عبور كبرى لا تقل في دلالاتها عن مرحلة المراهقة. فالأول مرة يخرج الطفل من عالم الاسرة المحدود الى عالم جديد تتشكل لديه مرجعية مجتمعية أساسية في حياته تشكل بداية لقانون جديد غير ذلك الذي عهده من والديه. ففي المدرسة بأنظمتها وعلاقاتها وتفاعلاتها. ويدخل الطفل الى المدرسة يكون قد انتقل من نظام محدد أو مغلق حيث تعرف الواجبات والقواعد السائدة يمكن التنبؤ بها الى نظام منطلق أو مفتوح حيث الحياة مفعمة ولأسابيع قليلة على اقل تقدير بإمكانيات عدم التوقع والتنبؤ وعدم السرور أحيانا. (Papalia & Olds, 2005)

ان العلاقة بين الصحة النفسية والمدرسة علاقة وثيقة جدا. خاصة وان التعلم المدرسي مرتبط أساسا بكل من: تهيئة علاقات وظروف أكثر مناسبة للنمو السوي للتلميذ، ومواجهة الحاجات النفسية الاجتماعية للتلاميذ، وتعديل اتجاهات التلاميذ بما يساير الفلسفة التربوية للمدرسة. وتصحيح أشكال السلوك الشاذ والمنحرف عند التلاميذ ومعالجة المشكلات التي قد تظهر لديهم. والمحافظة على الصحة النفسية للتلميذ. وتشجيع المؤثرات النافعة المحيطة به.

ولا شك بأن المناخ الأسري - الثقافي الملائم لحياة الدراسة وما يوفره من نمو معرفي وعاطفي وأساليب تفكير وتعامل مع الوقائع والحقائق. مما يجعل الذهاب الى المدرسة عملية طبيعية تمثل استمرارا لتاريخ الحياة الأسرية. ويوفر بالتالي شروط التوافق مع عالم المدرسة والنجاح في التحصيل في آن معا.

والطفل في كل حالات العلاقة الدينامية بين المدرسة والاسرة والمعلم يمثل الطرف الأكثر تأثرا فهو موضع الحكم من قبل اسرته ومعلميه. وربما يمثل الطفل الصورة المثالية التي كان المعلم يتمنى ان يكونها او قد يمثل صورة الأخ المنافس حين يجد مبررا لمنافسة أخيه في اسرته. او بين معلميه. وقد يبقى المعلم محايدا تجاه بعض التلاميذ مما يؤدي الى تجاهلهم في الكثير من الحالات بشكل غير مقصود. بينما تراه يوجه اهتمامه إلى آخرين في حالة من كثافة التجاوب والتفاعل معهم.

ان نجاح العملية التكيفية للطفل او تعثرها لا ترجع فقط الى مجرد الكفاءة التعليمية للطفل نفسه. وانما ترجع وبدرجة لا تقل اهمية الى حالة الصحة النفسية للتلميذ التي تؤسس لانطلاقه في بناء مشروعه في المعرفة والكبر.

الإرشاد النفسي في الطفولة

ان العلاقات ما بين الاهل والمدرسة من الملفات ذات القضايا المعروفة التي كثرت فيها الكتابات على اكثر من صعيد. ومن اكثر من منظور. وكلها تجمع على اهمية وحيوية هذه العلاقات على مصير تكيف التلميذ لعالم الدراسة وتحصيله. وقد اشتملت الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال على بعدين أساسيين تمان حاضرا التلميذ ومستقبله. فكانت التوجه في الدراسات والبحوث على علاقة الاسرة بالمدرسة والعاملين فيها أولا. ومن ثم الجانب التحصيلي للتلميذ الذي اولى الباحثون أهمية خاصة له. وقد اصبح اهتمام الاسرة أكثر فأكثر بتهيئة طفلها للدراسة ومتابعته. والتنسيق مع المدرسة يمثل في هذه المرحلة بالذات من اكبر عوامل النجاح والتحصيل شريطة توفير الرعاية المتكاملة لمختلف جوانب حياة الطفل وتوازنه النفسي واحتياجات نموه. خاصة وان علاقة الاهل بالمعلم تبقى متجاذبة في الاتجاهين (اهل - معلم، ومعلم اهل) فقد تميل نحو الايجاب تارة والى السلب تارة أخرى رهنا بالمستجدات والتغيرات التي تميز حياة الدراسة.

وتركز المدارس عادة على تربية مهارات معرفية ضيقة. وتصرف جل وقتها في تصنيف التلاميذ في رتب تتحدد على أساسها تحصيلهم الدراسي وتفوقهم فيه. ولا شك بأن اهم اسهام يمكن ان تقدمه التربية لنمو الطفل يتمثل في مساعدته على التوجه نحو مجال يتناسب ويتوافق مع ميوله ومواهبه وقدراته. وتنمية مهاراته الحياتية والنجاح فيها. مع الأخذ بعين الاعتبار الى تضمين المناهج الدراسية ما يحقق إكساب التلاميذ للكفاءات الإنسانية الأساسية التي يتضمنها الذكاء الانفعالي والذي اشار اليه جاردنر (Sternberg, 2004) وضمنه المقومات التالية:

- الاستبصار الذاتي: ومعرفة الحالات الوجدانية والوعي بها في مختلف مواقف الحياة مما يساعد في توجيه الذات نحو القرار الأفضل.
- القدرة على ضبط الانفعالات والتعامل مع الضغوطات النفسية والتسلح ضد القلق في الشدائد الحياتية.
- القدرة على التحفيز الذاتي وتعزيز الحالات الوجدانية الايجابية والمواقف الايجابية في الحياة. مما يخدم أهداف بناء المشروع الوجودي. ومتطلباته.
- تفهم الآخرين، والقدرة على التعاطف معهم وتلمس خبراتهم الوجدانية واستيعابها. مما يشكل أساس التواصل الانساني الاصيل.
- القدرة على ادارة العلاقات والتفاعلات مع الآخرين مما يشكل أساس الكفاءة الاجتماعية. ويعزز شبكة العلاقات والقدرات القيادية. ويقوي مشاعر الالتزام والانتماء.

وصممت جامعة جورج تاون برنامجاً للصحة النفسية خصص لحساب دائرة الطفولة والشبيبة والأسرة في مصلحة الصحة والموارد الانسانية الامريكي اقترحت فيه عددا من الانشطة التي تخدم اهداف الصحة النفسية التالية:

- **الأبعاد الانفعالية:** كيف نشعرو وكيف نعبر عن خبراتنا الوجدانية. القدرة على حل المشكلات الانفعالية، القدرة على الحب، القدرة على التعامل مع الشدائد، القدرة على تحدي الذات وتثمين امكاناتها وتطويرها والقدرة على ضبط الانفعالات السلبية.
- **الأبعاد الاجتماعية:** تكوين علاقات ذات معنى. تنمية مهارات التفاعل والتواصل، اكتساب الاصدقاء، التصرف الاجتماعي الملائم.
- **الأبعاد المعرفية:** التنمية الذهنية والقدرة على تعلم مهارات جيدة، الفضول المعرفي وتفتح الشهية المعرفية وحب الاستطلاع والتعلم. مهارات حل المشكلات، والقدرة على تعلم كيف نتعلم.
- **الأبعاد المهنية:** تنمية الانتاجية والاسهام في البيئة والمجتمع، تنمية فرص عمل واجور افضل.
- **الأبعاد الروحية:** القيم والمثل العليا والروحانيات الموجهة للحياة.

وتختلف استجابات الأطفال للحياة المدرسية. فيذهب البعض منهم الى المدرسة دون تردد. فالعوامل الفردية كشخصية الطفل والظروف الخاصة بتاريخ حياة الطفل كالصحة الجيدة والتوعية الواعية من الامور الهامة التي تساعد الطفل على التكيف مع الحياة المدرسية. وقد يجد الطفل المتبسط والناضح تحولاً سعيداً وساراً في الحياة المدرسية. خاصة اذا كان وحيداً في الاسرة ويشعر بالسأم والملل في الحياة المنزلية. وبعض الاطفال يصعب عليهم الخروج من البيت الى المدرسة حيث البيت المضطرب الذي يفتقر الى الشروط الفيزيائية والنفسية الجيدة كالراحة وعدم الازدحام والاثارة الكافية.

وتتداخل العوامل المؤثرة في الصحة النفسية للتلاميذ. فالمدرسة وحدها غير قادرة على ان ترضى جانب الصحة النفسية ان هي عزلت نفسها عن الاسرة والمجتمع الخارجي. او تهافتت في التعاون مع البيت بصفة خاصة لتوفر أسباب النمو والامن والتوافق لتلاميذها.

(1) الحالة الصحية للتلميذ:

لصحة التلميذ أثر كبير على تكيفه في المدرسة. واضطراب صحته قد تضطره الى التغيب عن المدرسة او اهمال الدروس والواجبات المدرسية مما يؤدي به الى هبوط مستواه الدراسي كما قد يؤثر ضعف بصره او سمعه في قدرته على متابعة دروسه اليومية والاستفادة منها. اضافة الى أية عيوب او عاهات جسمية قد يعاني منها التلميذ.

(2) أسرة الطفل:

للأسرة دور كبير على تكيف التلميذ في المدرسة. ويتوقف مستواه الدراسي الى درجة كبيرة على تشجيع الأسرة له على الدراسة والمواظبة. وتؤثر الأسرة ايضا بشكل او بآخر مما تعانيه من تدني في المستويات الاقتصادية او الثقافية في تهيئة الظروف الملائمة للتلميذ كي يقوم بواجباته نحو المدرسة والدراسة بالإضافة الى العلاقة التي افراد الأسرة الواحدة وما يتميزون به من سلوك قد يؤثر سلبا او ايجابا على تكيفه نحو المدرسة. (Schickedanz, et al. ; 2003)

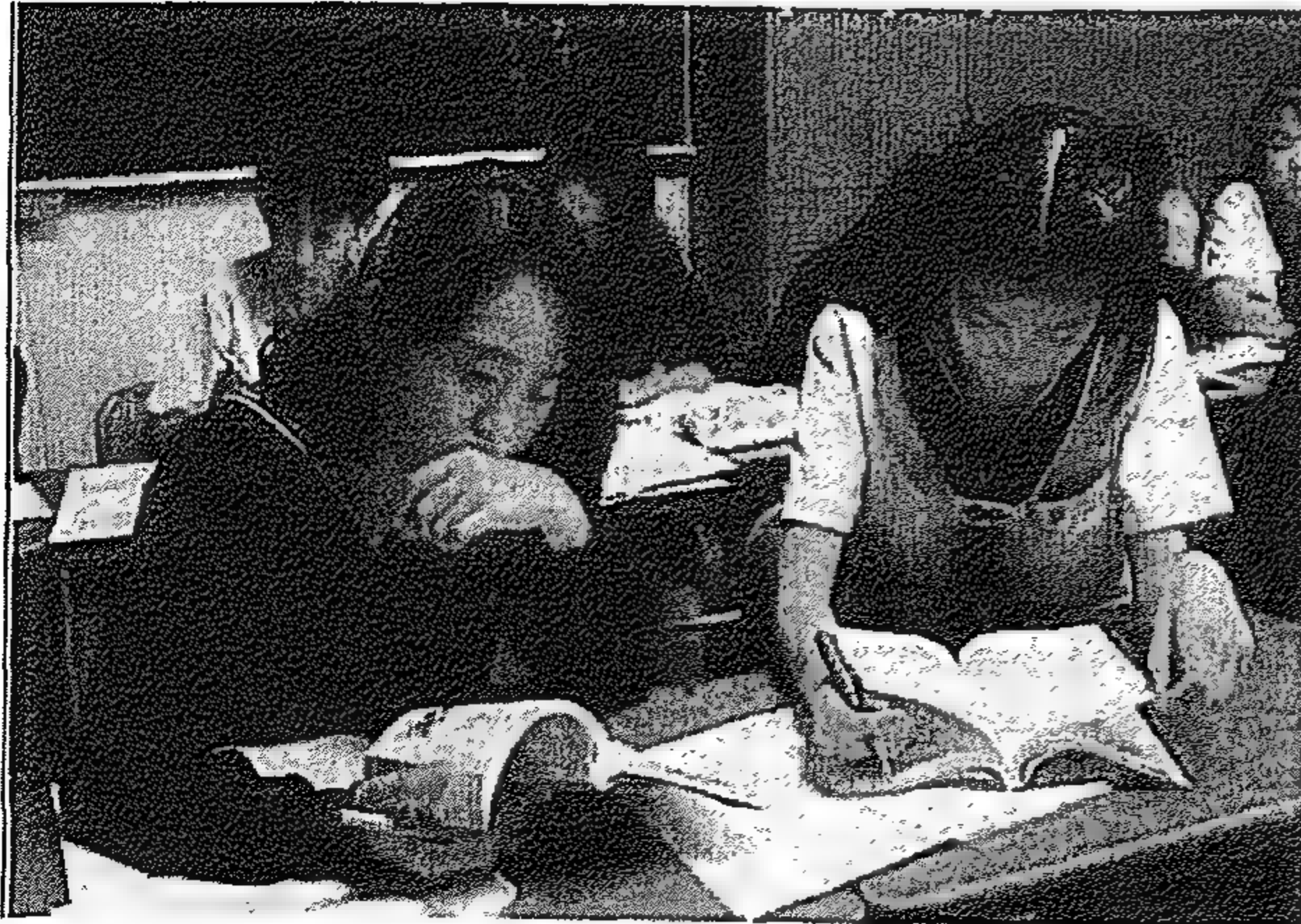
(3) المحيط الخارجي:

يؤثر الوسط الاجتماعي الذي يعيشه التلميذ على تكيفه في المدرسة فلا يقتصر الأمر على ما يكتسبه التلميذ من بيئته التي يعيش فيها من اساليب سلوكية وعادات، او في تكوين صداقاته وتشكيل جماعة الرفاق ومشاركتهم انشطتهم واعمالهم. وكذلك مدى توافر اماكن لتنفيذ الانشطة واستغلال اوقات الفراغ. كالاندية والملاهي والمقاهي وغير ذلك.. كل ذلك يحدد مستويات التكيف نحو المدرسة سلبا او ايجابا.

(4) العوامل المدرسية:

لا يقتصر عمل مدير المدرسة والعاملين معه في تصريف شؤون المدرسة اليومي من توزيع للجدول وحصر للغياب وتوزيع الكتب واصدار التعليمات الى غير ذلك من أعمال ونشاطات يقومون بها. بل ان الادارة المدرسية والعاملين فيها من اعضاء الهيئة التعليمية مسؤولون ايضا في مساعدة التلاميذ للوصول بهم الى اعلى مستويات التكيف وتنشئتهم التنشئة الصالحة الحميدة. من أجل تحقيق المواطنة الصالحة لهم.

(5) رفض المدرسة:



يعتبر ذهاب الطفل إلى المدرسة في الصباح الباكر أمرا مسلما به. ولكن عندما يرفض الطفل الذهاب إلى المدرسة فإن علينا ان نتحقق من مدى اعتمادنا على تعاونه الطوعي في ابتعاده الهادئ عن محيطه المنزلي المألوف والذي تعودت عليه منذ سنوات طفولته الأولى.

إن رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة يعد من الأمور الخطيرة جدا في حياة الأسرة التي تكون قد استنفذت جميع الطرق من أجل إقناع هذا الطفل للذهاب إلى المدرسة. حيث لم تعد كل التهديدات والتوسلات والرشاوي تجدي نفعا بالرغم من أن عددا من الآباء الذين يتصفون بالقسوة يجبرون أبناءهم إلى الذهاب إلى المدرسة وربما يقيدون أطفالهم في مقاعد الدراسة بمساعدة بعض المعلمين. إن مثل هذا الأمر يضع الوالدين في موقف حرج مما يتطلب منهم البحث عن طرق بديلة للتغلب على مشكلة طفلهم الراض للذهاب إلى المدرسة. فمعظم الآباء يمكنهم التغلب بنجاح على نفور أطفالهم العرضي هذا.

وقد يجد العديد من الأطفال الراضين للذهاب إلى المدرسة أن بوسعهم الذهاب فعلا إلى المدرسة لكنهم قد لا يستطيعون القيام بما تتطلبه عملية الذهاب هذه من أمور ونشاطات ضرورية. وقد أطلق علماء النفس على مثل هذه الحالة مصطلح الخوف المرضي من المدرسة. كدلالة تشخيصية تشير إلى حالات رفضه المدرسة.

إن الخوف المرضي خوف شديد لا مبرر له يتوجه عادة نحو بعض الموضوعات البيئية المحددة. وفي حالة المدرسة. فإن هناك العديد من الموضوعات التي تستثير مخاوف الطفل لأسباب موضوعية ومعقولة تجعله يتردد في الذهاب إلى المدرسة بل ويرفض الذهاب إليها. فحجم المدرسة ونظامها وإجهاد الامتحانات واحتمال مواجهة الفشل في الصف والعلاقات المضطربة مع الزملاء والمعلمات وظروف الحياة المدرسية والوضع المدرسي وضغوط الوالدين وتوقعاتهما وعدم القدرة. كل ذلك وغيرها مليئة بإمكانيات متنوعة تستطيع كل منها استثارة مخاوف الطفل بحيث تجعله يرفض الذهاب إلى المدرسة.

(6 - 2) المخاوف السوية والقلق العصبي:

الخوف حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي ويدني ينتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجي في إحساسه بالخطر. وهي بمثابة استجابة طبيعية للأحداث التي تهدد الأمن الشخصي للطفل. وقد ينبعث الإحساس بالخوف من داخل الطفل وقد يكون من الخارج. ويعتبر الخوف من أبرز آليات الحفاظ على الذات وبقائها لدى الفرد. ويمكن استخدامه كوسيلة تكيفية لدى أعداد الطفل من أجل التغلب على الأوضاع الطارئة التي يختبر فيها احساسات جسمية متنوعة كالارتجاف والارتعاد وخفقان القلب واضطرابات المعدة وجفاف الحلق وتعرق اليدين. وتعود هذه الأوضاع جميعها إلى ميكانزمات فيزيولوجية قائمة في بنية الجسم. ولا تخرج عن كونها تغيرات تجري في كيمياء الجسم كانتشار الأدرينالين في الدم مثلا.

وتتحدث عدد من نظريات التعلم عن الخوف لتؤكد أن الخوف يعتمد بصورة أساسية على التعلم مشيرة إلى أن الخوف يمثل شعورا داخليا وانفعالا وسلوكا يتعلمه الطفل نتيجة

الإرشاد النفسي في الطفولة

تعرضه لمؤشرات البيئة والجو المحيط. كما يعد محصلة لعمليات التنشئة التي يتلقاها الصغير في إطار تقاليد ومعايير المجتمع الذي ولد فيه. ويعيش فيه. وترفض معظم نظريات التعلم فكرة بذور الخوف الوراثية وترى أن الطفل يولد متجردا من الخوف. وما يظهر لدى الطفل في بدايات عمره ما هو إلا حصيلة ما يتعلمه وما يشاهده وما يحس به من مخاوف وانفعالات. فالطفل في هذه المرحلة مقلد ومحاك ومستنسخ للمشاعر (ششتاوي، 1996).

وهناك عدد من المهارات التي يصعب تعلمها في كثير من مواقف السلوك التي يتعرض لها الأطفال في حياتهم اليومية. ومن هذه المهارات الاستعدادات الاجتماعية التي يعتبرها معظم الناس أمرا مسلما به. لمجرد كونها لا شعورية إلى حد بعيد. هذه المهارات التي نستخدمها جميعا عندما نقابل ضيفا أو غريبا ونقوم بمحادثته أو عندما نقوم ببناء صداقات بيننا وبين الآخرين. ونتوافق بين الناس حلوهم ومرهم أو تلك المهارات التي نستخدمها لانجاز العديد من التفاعلات الاجتماعية التي لا حصر لها.

1) التنشئة الاجتماعية للطفل والعوامل المؤثرة بها:

ان عملية التنشئة الاجتماعية عملية تعلم وتعليم وتربية تقوم على التفاعل الاجتماعي وتهدف إلى إكساب الفرد (طفلا كان أو مراهقا أو شيخا سلوكيات ومعايير واتجاهات مناسبة لأدوار اجتماعية معينة تمكنه من مسايرة جماعته والتوافق الاجتماعي معها لاتمام دوره في الحياة وبالتالي تكسبه الطابع الاجتماعي وتيسر له الاندماج في الحياة الاجتماعية. ويتحدث زهران (2005) عن العوامل التي تؤثر في عملية التنشئة للفرد والتي تؤثر في نمو شخصية الفرد فيما بعد وتؤثر بالتالي على عملية التنشئة الاجتماعية والتي حددها بكل من: الوراثة والبيئة والغذاء والنضج والتعلم وعدد من العوامل الأخرى مثل أعمار الوالدين والمرض والحوادث والانفعالات الحادة والولادة العسرة وعوامل المناخ والطقس. وأن الأساليب الاجتماعية التي تتبعها الأسرة في عملية التنشئة الاجتماعية تتمثل في الآتي:

- الاستجابة لسلوك الطفل مما يؤدي إلى إحداث تغير في هذا السلوك.
- الثواب المادي أو المعنوي حيث تشيب الأسرة الطفل على السلوك السوي وتعززه.
- العقاب المادي أو المعنوي حيث تعاقب الأسرة الطفل على السلوك غير السوي وتطفئه.
- المشاركة في المواقف والخبرات الاجتماعية المختلفة بقصد تعليم الطفل السلوك الاجتماعي.
- التوجيه المباشر الصريح لسلوك الطفل وتعليمه المعايير الاجتماعية للسلوك والأدوار الاجتماعية والقيم والاتجاهات.. الخ.

(2) النمو النفسي:

وبالرغم من انتماء أريكسون لدرسة التحليل النفسي وتأثره بوجهة نظر فرويد إلا أنه طور نموذجا للنمو النفسي خاص به تميز بالشمول والإنسانية يختلف عما طرحه فرويد في نظريته عن النمو النفسي والتي بناها في ضوء علاقة الطفل بأبيه وأمه. بل نظر أريكسون إلى النمو النفسي في سياق اجتماعي أكثر اتساعا وشمولا، وضمن إطار من التراث الثقافي للأسرة مما جعله يتحدث عن نمو نفسي - اجتماعي Psychosocial Development ويتخذ موقفا تفاؤليا من مسألة إمكانية النمو السليم مشيرا إلى أن كل كائن بشري يملك إمكانية إنتاج السلوك الخير والسوي. وقد بنى أريكسون نموذجه الخاص بالنمو النفسي بناء على اعتقاده بوجود أزمات نمو أساسية تسود في مراحل النمو المختلفة وتتزامن مع المدى المعياري لمجموعات من الأعمار الزمنية والاجتماعية والثقافية. وعلى الفرد أن يواجه في كل مرحلة من مراحل نموه الثمانية أزمة نمو أساسية ويتغلب عليها قبل الانتقال إلى مرحلة النمو التالية إذا ما أريد لهذا النمو أن يكون سليما.

(3) تكوين الصداقات:

تنطوي صداقات الاطفال الى حد ما على بعض الفوائد الخاصة التي يمكن الحصول عليها جراء ذلك. فالعواطف والاهتمامات والخبرات الحياتية المتبادلة والمناسبات التي يتخلص فيها المرء من المطالب والتوتر. كلها تؤدي الى احساس الطفل بالدفع والسعادة في عالم يبدو في أغلب الاحيان باردا وقاسيا عليه. فاذا ما اعطت الصداقات التي يبنها مثل هذه الصفات فانها ستكون بالضرورة صداقات ودودة وحميمة بين اطرافها.

ولكن: كيف يعمل الاطفال على تكوين الاصدقاء؟ ومتى؟

فالاطفال في بداية حياتهم يميلون بشكل قليل جدا الى التفاعل مع اقربائهم خاصة في السنة الاولى من حياتهم. ذلك ان القابلية للاستجابة الاجتماعية وتكوين الاصدقاء تتجه اساسا الى الراشدين والاخوة والاخوات الاكبر سنا. وتثير الدراسات الاختلافات المثيرة للاهتمام في طبيعة الاستجابات التي يقدمها الاطفال في سن مبكرة. فبعض هؤلاء الاطفال يغريهم العناق والضم. كما يجدون متعة لدى حملهم ومداعبتهم. بينما لا يجد اطفال آخرون تلك المتعة والحب. ويفسر الباحثون هذا الاختلاف بين الاطفال. ان بعض الوالدين الذين يجدون متعة في حضن الطفل ومداعبته. ومقاومة الطفل للحمل والعناق. مما يعتبرونه انعزالا او رفضا الامر الذي يشير مشاعر الالم لديهم. ان الطفل في سنته الاولى من العمر يقوم بالملاحظة والابتسام او حتى الامساك بزميله في اللعب لدى قيام اتصال بينهما. وقد ينشأ صراع غضبي بينهما اذا ما رغب احد الاطفال في تناول لعبة الآخر التي يمتلكها الطفل الآخر. لكن هذا الغضب يكون بشكل عام

الإرشاد النفسي في الطفولة

غير مركز على موضوع معين. (Owens, 2006) فهم يستجيبون لموضوعات اللعب أكثر من استجاباتهم لزملاء اللعب. خاصة عندما تكون الاطفال ما بين السنة والسنة والنصف من العمر. وتتغير انماط الصداقة بتغير السن بين الاطفال. وتتجه نحو انشاء علاقات أكثر قرباً مع عدد محدود من الاطفال. بالرغم من اهتمام الطفل بكافة الاطفال المماثلين له في السن. ويشترك الآباء والمعلمون والزملاء والاصدقاء الحميمون في التأثير على تكوين وتقوية الصداقات الجديدة لهؤلاء الاطفال.

وتتحدث الدراسات الى ان عدداً من المعايير يضعها الاطفال في تكوينهم لتلك الصداقات. حيث يمثل المعيار الأول بالنسبة لتكوين الصداقات هو التقارب: ويحدد هذا المعيار المؤهلات التي يجب ان تتوفر في الصديق حتى يتم اختياره. ولا بد لأجل ذلك من ان تتوفر الفرصة للأطفال كي يقوموا بالاتصال والتفاعل فيما بينهم قبل رسوخ اي نوع من انواع التجاذب بينهم. حيث تنشأ الصداقات عادة كنتيجة مباشرة للاتصال المباشر ووجهها لوجه بين الاطفال انفسهم. والاطفال الذين يعيشون بالقرب من بعضهم البعض هم الاوفر حظاً في تلك اللقاءات ويميلون أكثر الى تكوين الصداقات فيما بينهم. من أولئك الاطفال الذين يعيشون في اماكن متباعدة.

أما المعيار الثاني لاختيار الاصدقاء فهو تطبيق للمبدأ القائل: "الشبيه يجذب الشبيه". فقد اشارت الدراسات التي اجراها الباحثون في هذا الصدد الى انه لا يوجد دليل قوي على ان الصفات المتضادة تجذب الاطفال وتؤدي بهم الى تكوين الصداقة فيما بينهم. بينما يميل كل طفلين يتشابهان في وجوه عديدة (مثل السن والنضج الاجتماعي والوزن والطول والذكاء العام والاطفال الذين يتميزون بالود والنشاط والاقتدار والجرأة والاستجابية) الى تكوين الصداقة فيما بينهم والانجذاب الى بعضهم البعض.

الا ان تلك الصداقات التي تتشكل بين الاطفال تتأثر بشكل أو بآخر للخلفية الاجتماعية والانتماء الديني والعنقي والقيم والاتجاهات. وأن أكثر تلك المؤثرات فاعلية في تكوين الصداقات هو الاعتقاد بأن الآخر شبيه بالذات. بحيث يختار الاطفال صداقاتهم ممن يتمتعون بصفات مرغوبة لديهم وطبقاً لمعايير الجماعة التي ينتمي اليها. وأن هذه الصداقات تكون غير مستقرة في الغالب خاصة في مرحلة الطفولة المتوسطة بالنظر الى التغير السريع لاهتمامات الاطفال انفسهم في تلك المرحلة. وتزداد القدرة على تكوين صداقات مستديمة تدريجياً مع التقدم بالعمر.

يرى العديد من علماء النفس أن العيادة التربوية الخاصة بأطفال المدرسة هي المكان الأفضل في علاج حالات رفض الذهاب إلى المدرسة والتي سيأتي ذكرها لاحقاً في هذا الكتاب. فالعيادة التربوية تتضمن استراتيجيات معالجة أساسية وشاملة لمشكلات رفض الذهاب إلى المدرسة يكون فيها التعاون ما بين المدرسة والوالدين ذا أهمية كبرى في نجاح عملية العلاج. كما يتحدد أسلوب برنامج العلاج الفردي طبقاً لطبيعة الاضطراب الدقيقة الذي يعاني منه الطفل. وغالباً ما تتخذ الترتيبات اللازمة من قبل الإدارة المدرسية بتغيير الصف أو المدرسة التي يرفض الطفل الذهاب إليها. كما يمكن تطبيق برامج العلاج الفردي وتقديم تكتيكات سلب الحساسية كتسوية ناجحة بين صعوبات إرغام الطفل على معاودة الذهاب إلى المدرسة.

مراجع الوحدة الرابعة

المراجع العربية:

- اسماعيل، محمد عماد الدين (2003): **الطفل من الحمل الى الرشد: الجزء الأول: السنوات الست الأولى**، الكويت: دار القلم.
- اسماعيل، محمد عماد الدين (2001): **الطفل من الحمل الى الرشد: الجزء الثاني: الصبي والمراهق**، الكويت: دار القلم.
- بشناق، رافت (2001): **سيكولوجية الأطفال: دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية**، بيروت: دار النفائس.
- زهران، حامد عبد السلام (2005). **علم نفس النمو**. عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- ششتاوي، هشام (1996): **الخوف عند الأطفال**. عمان: وزارة التربية والتعليم، رسالة المعلم، العدد: الرابع، المجلد السابع والثلاثون.
- عيسى، ايغال. (1993): **المرشد العملي لحل المشاكل السلوكية في مرحلة ما قبل المدرسة**. ترجمة عبد العزيز الدخيل وآخرون. الرياض: مكتب التربية لدول الخليج.
- قنديل، محمد متولي وشلبي، صايغ ناز. (2006). **مدخل الى رعاية الطفل والأسرة**. عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- ملحم، سامي محمد (2013). **علم نفس النمو (دورة حياة الانسان)**. عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- النشواتي، عبد المجيد (2003): **علم النفس التربوي**. عمان: دار الفرقان.
- هريبرت، مارتين (1980): **مشكلات الطفولة**. ترجمة عبد المجيد نشواتي، دمشق: مطبعة البعث.

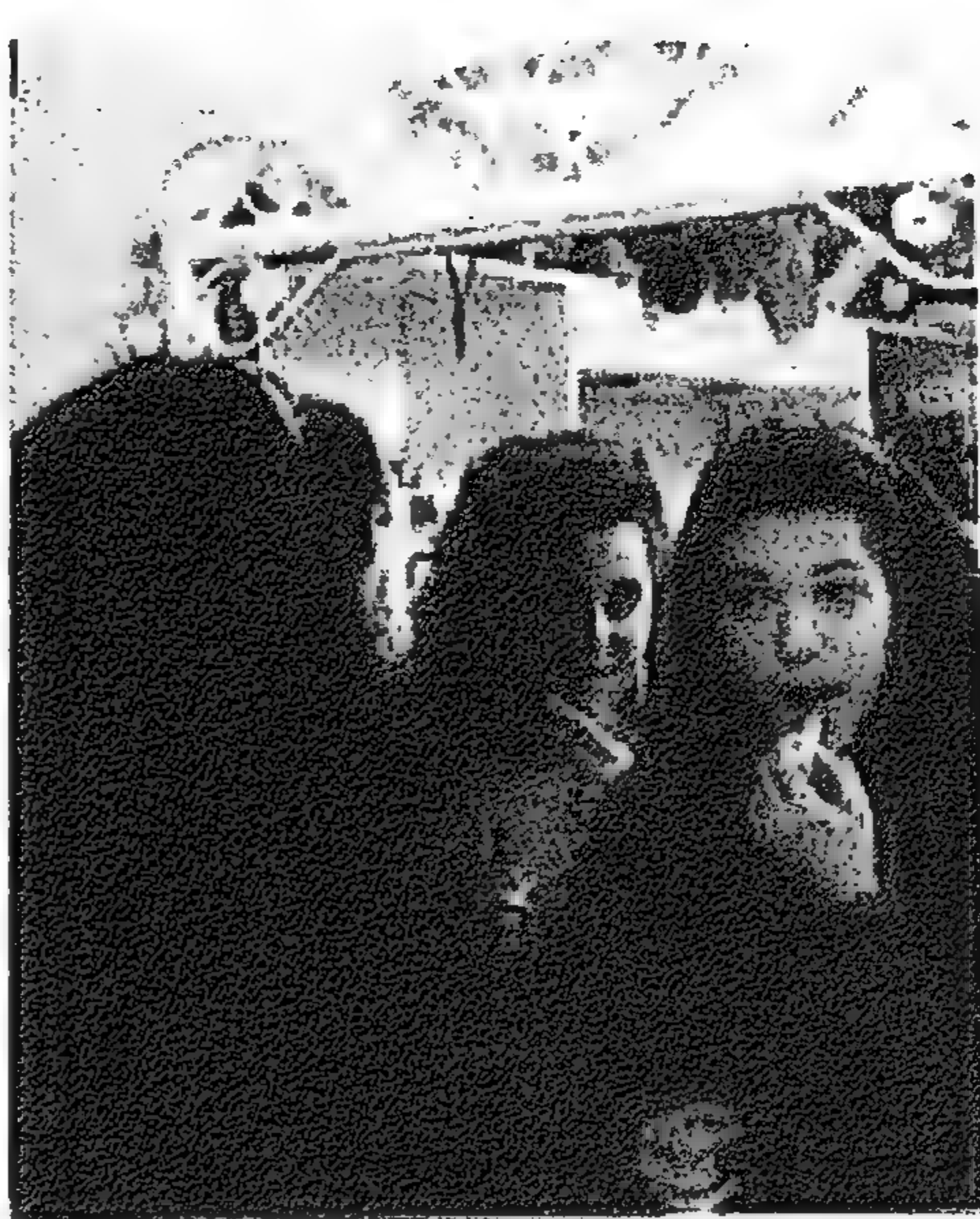
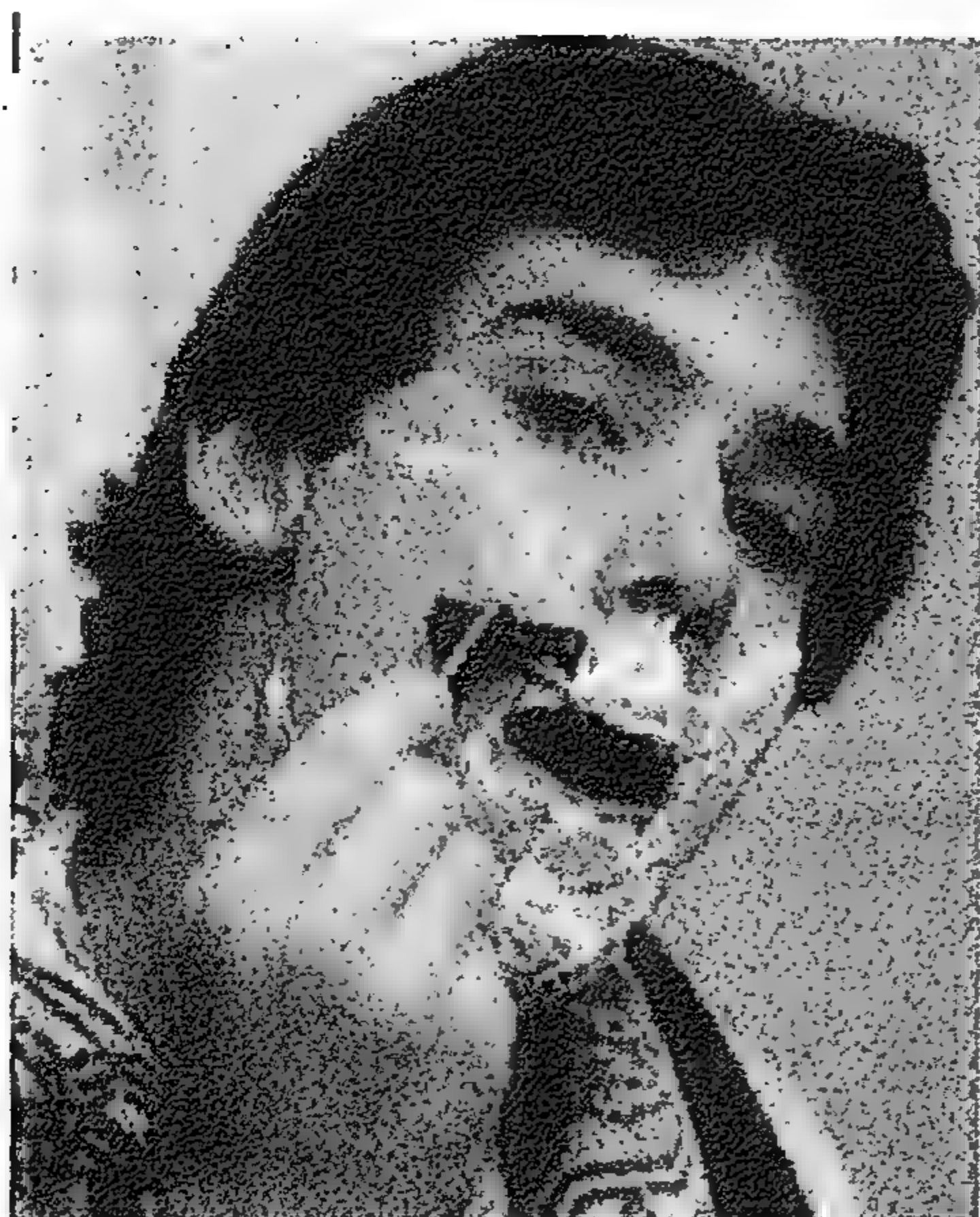
- Bandura, A. ; (1977) **Aggression: A Social learning analysis**. New Jersey. Prentice – Hall. Englewood cliffs
- Barraga, N. ; (1992). Visual handicaps and learning: A developmental approach. Austin, Texas: PRO – ED. 1992
- Berk, L. E. ; (2007) **Infants, Children, and Adolescents..** Boston: Allyn and Bacon.
- Binger,J. J. ; (2003) **Human development: A life – span approach**. New York: MacMillan.
- Bowlby,J. ; (2005) **Separation and Loss**. New York: Basic Books.
- Carson, C. C. , et al. ; (2007) **Abnormal psychology and modern life..** Boston: Allyn and Bacon.
- Christensen, U. , Schmidt, L. , Hougard, C. O. , Kriegbaum, M. , Holstein, E. , B. (2006) , Socioeconomic position and variations in coping strategies In **Musculoskeletal pain: A cross – sectional study**, J Rehabil Med, 38, 316 – 321.
- Claar, R. L. , Walker, L. S. (1999) , Maternal Attributions for the causes and Remedies of their children's Abdominal pain. **Journal of Pediatric Psychology**, 24, 4, 345 – 354.
- Crane, C. , Martin, M. (2004) , Adultillness behavior: the impact of child hood experience, **Personality And Individual Differences**, 32, 785 – 798.
- De Ridder, D. , Schreurs, K. (2001) , Developing Interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept, **Clinical Psychology Review**, 21, 250 – 240.
- Dysvik, E. , Natving, G. K. , Ole – J. , Lindstrom, T. C. (2005) , Coping with chronic pain. **International Journal Of Nursing Studies**, 42, 297 – 307.
- Endler, N. S. , Corace, K. M. , Summer feldt, L. J. Johnson, J. M. , Rothbart, P. (2003) , Coping with chronic pain, **Personality and Individual Differences**, 34, 323 – 346.
- Erwin, P. (2003). **Friendship and peer relations in children**. Chichester: Wiley.

- Halonen, J. S. & Santrock, J. W. ; (2007). Psychology: Contexts of behavior. Madison: Brow & Benchmark publishers.
- Hanson, R. W. , Gerber, K. E. (1990) , Coping With Chronic Pain: A Guide To Patient Self – Management pp. 15 – 45. New York: Guilford Press.
- Hirschfeld, I; Gelman, S. (2004). Mapping the mind: Domain specificity in cognition and culture. New York: Cambridge university press.
- Hoffman, L. W. ; (1974). Effects of maternal employment on the child. A review of the research. J. of developmental psychology. 10 (2) , 204 – 228.
- Jerant, A. F. , Friederichs – Fitzwater, M. M. , Moore, M. (2005) , Patient's perceived barriers to active self – management of chronic conditions. Patient Education And Counseling, 57, 300 – 307.
- Kristjansdottir, G. (2005) , Familial aggregation and pain theory relating to recurrent pain experience in children. Acta Pediatr, 89, 1403 – 1405.
- Livneh, H. , Lott, S. M. , Antonak, R. F. (2004) , Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach, Psychology Health & Medicine , 9, 4, 411 – 416.
- Martin, B. ; (2005). Parent – child relation. (in) F. D. Horowitz (Ed). Review of child development research. Vol. 4. , Chicago, university of Chicago press.
- Mitchell, J. J. ; (2004). Moral growth during adolescence. J. of Adolescence. Vol. 10, pp. 221 – 226.
- Murk, C. J. (1999) , Self – Esteem: Research, Theory And Practice, New York. Springer:.
- Nicholas, M. , Asghari, A. (2006) , Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: Is acceptance broader than we thought? Pain, 124, 269 – 279.
- Owens, K. B. ; (2006) Child & adolescent development: An Integrated approach. Australia: Wadsworth, Thomson learning.
- Papalia D. E. , & Olds S. W. ; (2005) Psychology. New York: McGraw – Hill Book Company.

- Papalia, D. E, & Olds, S. W. ; (2006) A Child's world. New York: McGraw – Hill, INC.
- Rathus, S. A. ; (2002) Psychology In the millennium. New York: Hartcourt college publishers.
- Schickedanz, J. A. et al. ; (2003) Understanding children. Mountain View, California: Mayfield publishing company.
- Sternberg R. ; (2004) Psychology. Australia: Thomson Wadsworth.
- Walker, L. S. , Garber, J. , & Greene, J. W. (1993) , Psychosocial correlates of recurrent abdominal Pain: A comparison of Pediatric Patient with recurrent abdominal pain, organic illness, and psychiatric disorders, Journal Of Abnormal Psychology, 102, 248 – 252.

الوحدة الخامسة

الارشاد النفسي للمرافق



الوحدة الخامسة

الارشاد النفسي للمراهق

أولاً: المقدمة:

(1 – 1) تمهيد:

عزيزي الدارس: أهلا بك في الوحدة الخامسة من هذا المؤلف والذي تبحث في مرحلة المراهقة ومشكلاتها. فالمراهقة مرحلة انتقال من الطفولة الى الرشد والنضج. وهي المرحلة التي يمر فيها المراهق بتطورات وتغيرات جسمية ونفسية. فتتأثر بما قبلها من المراحل. كما انها مرحلة متعددة الجوانب حيث ينمو المراهق جسديا وفيزيولوجيا وجنسيا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا ومهنيا. وتتميز بالنمو الواضح المستمر نحو النضج في كافة مظاهر وجوانب الشخصية.

تتألف هذه الوحدة من خمسة أجزاء يبحث الجزء الأول منها في تعريف المراهقة وخصائصها والاتجاهات النظرية في تفسيرها. ويبحث الجزء الثاني في أهداف مرحلة المراهقة وأهميتها. بينما يبحث الجزء الثالث في العوامل المؤثرة في نمو المراهق. ويبحث الجزء الرابع في تكيف المراهق ونمو هيبته واشباع حاجاته وتكيفه. ويبحث الجزء الخامس والأخير في مشكلات المراهقين وأساليب الارشاد فيها.

(1 – 2) أهداف الوحدة:

عزيزي الدارس: يتوقع منك بعد الانتهاء من دراسة مادة هذه الوحدة ان تصبح قادرا على أن:

- تعرف مرحلة المراهقة.
- تحدد خصائص مرحلة المراهقة.
- تبين الاتجاهات النظرية في تفسير مرحلة المراهقة.
- تحدد أهداف مرحلة المراهقة وأهميتها.
- تبين العوامل المؤثرة في مرحلة المراهقة.
- توضح تكيف المراهق.
- تذكر مشكلات المراهقين وأساليب الارشاد فيها.

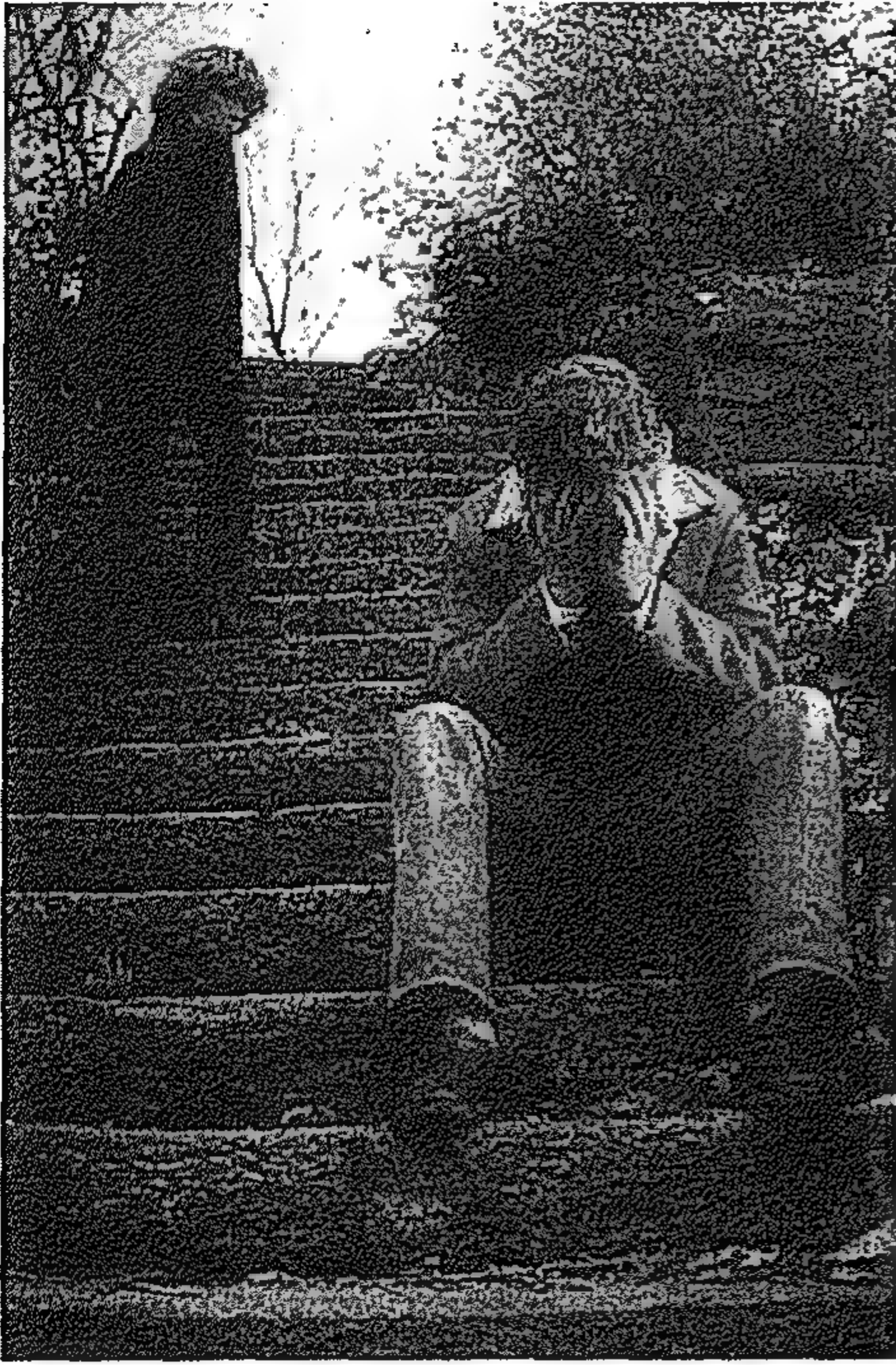
ثانياً: طبيعة مرحلة المراهقة:

مصطلح المراهقة Adolescence مشتق من الكلمة اللاتينية Adlescere ومعناه التدرج نحو النضج الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي.

ويستخدم علماء النفس مصطلح المراهقة ليشير الى معاني كثيرة: فيرى بعضهم ان كلمة المراهقة على انها تعني التحول نحو النضج الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي.

وعبر بياجيه عن فكرة المراهقة بقوله انها تعني العمر الذي يندمج فيه الفرد مع عالم الكبار. والعمر الذي لم يعد فيه الطفل يشعر أنه اقل ممن هم اكبر منه سناً. بل هو مساو لهم في الحقوق على الاقل. (Piaget & Inhelder. 1969,)

(2 - 1) تعريف المراهقة:



تمثل المراهقة مرحلة الانتقال من مرحلة الطفولة (مرحلة الاعداد لمرحلة المراهقة) الى مرحلة الرشد والنضج. وبناء على ذلك، فان مرحلة المراهقة تعد مرحلة تأهب لمرحلة الرشد. وتمتد من نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة. والتي حددها أغلب علماء النفس في الفترة ما بين (12 - 20 سنة) (Hurlock, 1980). وتعد هذه الفترة فترة اعداد للنضج والرشد. وهي المرحلة التي يمر فيها المراهق بتطورات وتغيرات جسمية ونفسية. فتتأثر بما قبلها من المراحل. كما انها مرحلة متعددة الجوانب حيث ينمو المراهق جسمياً وفيزيولوجياً وجنسياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً ومهنياً. وقد وصفها ستانلي هول Stanley Hall واليزابيث هيرلوك Hurlock وكيرت ليفين

Lewin وآخرون بأنها فترة عاصفة ومحنة مليئة بالمشكلات بل هي بداية ظهور المشكلات في حياة الفرد. (Foltz, et al. , 2005) وقد ظهرت ابحاث عديدة تبرز اهمية هذه المرحلة في حياة الانسان.

(1) التعريف البيولوجي للمراهق:

أشار البيولوجيون الى التغيرات البيولوجية والجسدية للبلوغ التي تحول الأطفال الى راشدين ناضجين جسديا وجنسيا. وان التغيرات التي تحدث للمراهق لا ترتبط بشكل أو بآخر لثقافة المراهق التي ينتمي اليها. وتحدث هذه التغيرات نتيجة لإفرازات مجموعة متنوعة من الافرازات الهرمونية القوية. التي تحدث وفقا لسرعات زمنية مختلفة. وتؤدي الى احداث فروق جسدية بين الذكور والاناث. وكذلك فروقا في الجهاز التناسلي لكلا الجنسين.

(2) التعريف السيكولوجي للمراهق:

يركز السيكولوجيون على أهمية تشكيل هوية تتميز بالاستقرار لدى المراهق وتحقيق الاحساس بالذات على نحو يفوق حدود التغيرات العديدة في الخبرات والأدوار. مما يمكن المراهقين من الانتقال من الطفولة الى الرشد الذي عليهم الدخول فيها. والتي تتميز بظهور التوترات على نحو طبيعي بسبب الضغوط التي ترافق انتقال الفرد من مرحلة الطفولة الى المراهقة المبكرة. كما تتميز هذه المرحلة بالنمو المعرفي والتغير في التوقعات الاجتماعية. حيث يكون البلوغ أول مواقف الضغط التي يواجهها المراهق. بالإضافة الى التغيرات الواضحة في الوزن والطول وتغير نسب الجسد. كما يصاحب هذه المرحلة تغير نسب الجسد. ووعي المراهق بجسده الذي يتغير بسرعة كبيرة وردود فعل الآخرين نحوه.

(3) التعريف الاجتماعي للمراهق:

وتتسم هذه المرحلة بتغيرات معرفية واجتماعية سريعة حيث يتوقع الوالدان والآخرين



نضجا أكثر من المراهقين. والبدء بالتخطيط لحياتهم والتفكير لأنفسهم. بمزيد من الاحساس والمسؤولية (شريم، 2009).

وتحدث علماء الاجتماع المراهق بمصطلحات تتضمن

موقعهم في المجتمع بما يعكس الى حد ما فعاليتهم الذاتية باعتبارها فترة انتقالية من الطفولة الى الرشد ولذلك، تتحدد نهايتها بتشريعات تضع الحدود العمرية المتعلقة بالحماية الشرعية لأولئك الذين لم يصبحوا بعد راشدين.

(2 - 2) خصائص مرحلة المراهقة:

تتميز مرحلة المراهقة بالنمو الواضح المستمر نحو النضج في كافة مظاهر وجوانب الشخصية، والتقدم نحو كل من النضج الجسمي، والنضج الجنسي، والنضج العقلي، والنضج الانفعالي والاستقلال الانفعالي والتطبيع الاجتماعي واكتساب المعايير السلوكية الاجتماعية والاستقلال الاجتماعي وتحمل المسؤولية، وتكوين علاقات اجتماعية جديدة والقيام بالاختبارات، واتخاذ القرارات فيما يتعلق بالتعليم والمهنة والزواج. وتحمل مسؤولية توجيه الذات، من خلال التعرف على قدراته وامكانياته وتمكنه من التفكير واتخاذ قراراته بنفسه. والتخطيط لمستقبله.

وتشير البحوث والدراسات الى اشكال وصور متعددة للمراهقة تتباين بتباين الثقافات وتختلف باختلاف الظروف والعادات الاجتماعية والأدوار الاجتماعية التي يقوم بها المراهقون في مجتمعاتهم (Reppucci, 1999):



فالمراهق البدائي يستطيع ان يشارك بمجرد بلوغه في مجتمع الراشدين البالغين وان يباشر مسؤولياته خاصة وان الحرف في مجتمعه تكون من النوع البسيط الذي لا يحتاج الى تعليم او تخصص بالمعنى الذي نفهمه. وان يستقل ويستطيع اشباع حاجاته الاساسية. ويتزوج في سن مبكرة واقامة الحفلات التي تمثل بالنسبة له خبرات سارة وربما تكون خبرات مؤلمة.

اما المراهق المتحضر فان مشاركته في مجتمع الراشدين البالغين تتأجل حتى يتم تعليمه وحتى يتعلم مهنته ويتقن تخصصه. كما يتأخر زواجه. ولا يدخل عالم الكبار بالسهولة التي يدخلها المراهق البدائي.

وقد وصف ستانلي هل Hall المراهقة بأنها فترة عواصف وتوتر شدة تكتنفها الازمات النفسية وتسودها المعاناة والاحباط والصراع والقلق والمشكلات وصعوبات التوافق. لتشكل بالنسبة لحياة المراهق مجموعة من التناقضات متعددة الجوانب (Grinder, 1993)

وتتحدث اليزابيث هيرلوك (Hurlock, 1980) عن المراهقة على انها نتيجة لعوامل كثيرة منها: المثالية، ومشاعر النقص في الكفاءة والمكانة ونقص في اشباع الحاجات والضغط

الإرشاد النفسي للمراهق

الاجتماعية، وفشل العلاقة بالجنس الآخر. ومشكلات التوافق. بحيث يؤثر كل ذلك في سلوكه من حيث:

- اضطراب السلوك: مثل نقص التركيز، والتقلب السلوكي، وقصور النشاط العقلي والجسمي، واضطراب الكلام، والاندفاع والعنوان.
- الانفعالية: والاستثارية والحساسية النفسية والانفجارات الانفعالية.
- المشاكسة: في اطار الاسرة
- السلوك المضاد للمجتمع: مثل رفض النصيح والتوجيه. ومغايرة المعايير الاجتماعية في اللباس والكلام والسلوك بصفة عامة.
- الوحدة: مثل الشعور بالاهمال والرفض من قبل الرفاق وحتى من اعضاء الاسرة الواحدة والكبار.
- نقص الانجاز: ويرافقه الاهمال ونقص الدافعية وشؤون الاسرة والأنشطة الاجتماعية.
- لوم الآخرين: والقاء التبعة عليهم واتهامهم بأنهم سبب كل شقاء
- التهرب: كالهروب من المنزل والزواج المبكر والاستغراق في احلام اليقظة. وربما يصل الحال بالنسبة اليه الى محاولة الانتحار. والانتحار الفعلي.

ويرى عدد من الباحثين (Pikonas, 1996) ان حياة المراهق تشبه الى حد كبير حلم طويل في ليل مظلم تتخلله أضواء ساطعة تخطف البصر اكثر مما تضيء الطريق. بحيث يشعر المراهق بالضيق لفترة تنتهي بأن يجد نفسه ويعرف طريقه عندما يصل مرحلة النضج. والمراهق في تلك الفترة الحرجة يجرب كل امكانياته وقدراته دون تخطيط منه. لكنه مع النضج، وبالتدريج يبدأ في اختيار مستقبله وطريقة حياته بشكل سليم.

وتحدث ميد (Mead, 1998) عما يصادفه المراهق من عواصف وتوترات وشدة والم. والذي يرجع في مجمله الى عوامل الاحباط والصراع المختلفة التي يتعرض لها في حياته داخل الاسرة وخارجها وفي المدرسة وفي المجتمع الذي ينتمي اليه. وهذا يعني بالضرورة الى معاناة المراهق من القلق والتردد والتشاؤم وخفض مستوى النشاط والحماس والتفائل. ويرى الباحثون هنا ان المراهق انما يبحث في كل ذلم عن ذاته ويسعى لتحقيق ذاته. وان هذه المرحلة ما هي مرحلة حب ونمو للشخصية وتكاملها. ومرحلة اكتشاف القيم والمثل.

ويرى زهران (2005) ان مرحلة المراهقة هي مرحلة حرجة Critical Period يحدث فيها تنظيم أو نمو سريع يتطلب رعاية خاصة. وتظهر على شكل صور متعددة من أبرزها: الصراعات النفسية التي قد يتعرض لها ومنها:

- الصراع بين السعي لأن يكبر ويتحمل المسؤولية. أو ان يظل طفلاً ينعم بالامن.
- الصراع بين السعي للاستقلال. والحاجة الى المساندة والدعم والاعتماد على الآخرين
- الصراع بين السعي للحرية الشخصية وتحقيق الذات. والضغط الاجتماعي المتمثلة في المعايير والقيم الاجتماعية.
- الصراع بين ضبط الانا الاعلى والمثيرات والضغط الخارجية
- الصراع بين تحقيق الدوافع واشباع الحاجات. ومطالب الواقع الخارجي وضرورة التوافق الاجتماعي.
- الصراع بين الضغط الجنسية والضغط الدينية والقيم.
- الاختيارات والقرارات: فعلى المراهق القيام بالاختيارات واتخاذ القرارات الحيوية التي تحدد مستقبل حياته.
- المشكلات التي قد تتخلل مرحلة المراهقة سواء المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الاقتصادية أو الجنسية.
- ظاهرة البطالة. ونعني بها البطالة الاقتصادية والاعتماد على الآخرين. أو البطالة الجنسية التي تشير الى ان المراهق المؤهل جنسيا غير مسموح له ممارسة الجنس. الا من خلال الانظمة والقوانين التي يحددها له مجتمعه
- الخلط لدى الكبار: (الوالدان والمربون) بخصوص مفاهيم مثل السلطة والحرية والنظام والطاعة والديمقراطية.. واختلاف وجهات النظر بين الكبار وبين المراهقين بخصوص هذه المفاهيم.

(2-3) الاتجاهات النظرية في تفسير مرحلة المراهقة:

ظهرت تفسيرات واتجاهات متعددة في تفسير المراهقة من ابرزها (عقل، 1998):

(1) الاتجاه البيولوجي:

يتزعم هذا الاتجاه ستانلي هل Stanley Hall ويركز على المحددات الداخلية للسلوك ويشير الى ان المراهقة تمثل مرحلة تغير شديد مصحوب بالضرورة بالتوترات وصعوبات في التكيف. وان التغيرات الفيزيولوجية تمثل عاملا أساسيا في خلق هذه التوترات والصعوبات. ويشير هل الى المراهقة باعتبارها فترة ميلاد جديد لأن الخصائص الانسانية الكاملة تولد في هذه المرحلة. وان الحياة الانفعالية للمراهق تكمن في حالات متناقضة. فمن الحيوية والنشاط الى الخمول والكسل ومن المرح الى الحزن ومن الرقة الى الفظاظة.

(2) الاتجاه الأنثروبولوجي:

يتزعم هذا الاتجاه بندق و ميد Bendict & Mead ويركز على المحددات الخارجية للسلوك "المحددات الاجتماعية والثقافية والقيم المكتسبة". ومن خلال الدراسات المستفيضة التي قامت بها ميد والتي حاولت بها توضيح ما اذا كان سلوك المراهقة سلوكا عاما وشائعا لدى المراهقين أم انعكاس لظروف بيئية وخبرات معينة. فقد أكدت على أن المراهقة تتكون وتتشكل بالبيئة الاجتماعية. وعلى أهمية التنشئة الاجتماعية في اشتداد مشكلات المراهقة. موضحة على ان المراهقين في المجتمعات البدائية يجتازون هذه المرحلة دون صراعات تذكر. على عكس مراهقي المجتمعات المتقدمة كالمجتمع الأمريكي مثلا.

هذا، وقد أوضحت الدراسات الأنثروبولوجية عددا من الحقائق تمثلت في الآتي:

- ان المراهقة تمثل مرحلة نمو اعتيادي وليس بالضرورة أزمة في كل المجتمعات. وان سلوكيات المراهق وتصرفاته واتجاهاته تعكس بالضرورة البيئة الاجتماعية التي نشأ فيها.
- ان المراهقة لا تتخذ نمطا عاما أو شكلا واحدا بل قد تتخذ أشكالا مختلفة وأنماط متعددة باختلاف البيئة المحيطة بالمراهق. وان للبيئة الاجتماعية دور فاعل في أشكال المراهقة وتعبدها بكل ما تشتمله من احباطات وصراعات.
- ان فترة المراهقة فترة نسبية دينامية يصعب معها وضع نظرية عامة لتفسير جميع جوانب المراهقة في أي مجتمع من المجتمعات.

(3) الاتجاه المجالي:

يتزعم هذا الاتجاه كيرت ليفين K. Leivin ويركز على التفاعل بين المحددات الداخلية والخارجية للسلوك. كما يركز بصفة عامة على عامل الصراع اثناء الانتقال من مرحلة الطفولة الى مرحلة الرشد. ومن مجال معروف الى مجال مجهول ويصور المراهقة على انها:

- فترة تغير في الانتماء الى الجماعة. حيث يرتبط بقيم وعادات جديدة تمثلها الجماعة التي ينتمي اليها مجددا. بعد ان كان ينتمي لجماعة الاطفال التي كان يعيش معها ويتصرف وفقا لأسلوب طفلي. اما وقد اصبحت الآن كبيرا يرفض ان يعامل كطفل. فان عليه ان ينتزع الأسلوب الطفولي الذي اعتاده. ويقيم نمطا جديدا من العلاقات وفق مضمون ومستوى جديدين.

- ان الانتقال في الانتماء من جماعة الاطفال الى جماعة الراشدين هو انتقال من وضع معروف الى وضع جديد غير معروف بالنسبة للمراهق. وكأنه بهذه الحالة ينتقل الى عالم مجهول. لم يتم تكوينه من الناحية المعرفية. بحيث يصعب على المراهق التحرك نحو هدفه بوضوح.
- ان فترة التغيرات الفيزيولوجية والجسمية التي تحدث للفرد هي فترة تغيرات شديدة بحيث تبدو صورة الجسم بالنسبة له صورة مضطربة وبينما هو مشغول بجسمه الذي تغيرت معالمه فان خبراته الجنسية التي لم يعرف طبيعتها ولا كيفية التعامل معها والاستجابة لها. مما يضطر الى أن يسحب انتباهه من العالم الخارجي ويركزه نحو الذات نفسها بسبب ما يعثرها من تغيرات لم تنتظم بعد في نمط مستقر.
- ان مرحلة المراهقة تمثل فترة ظهور حاجات واهتمامات ورغبات واهداف جديدة. وهي فترة حدوث التغيرات العقلية والانفعالية والاجتماعية وظهور حاجات واهتمامات وطموحات معينة. مما يستدعي اشباع الحاجات النفسية والاجتماعية للمراهق. وقد لا يستطيع اشباع حاجاته مما ينتج عنه القلق والتوتر و بروز المشكلات. ويحاول المراهق في هذه المرحلة استطلاع المواقف الجديدة وحين لا يكون قادرا على ايضاها فانه يزداد تعقيدا في حياته في عدم قدرته على تحديد واقعه الجديد فيختلط عنده الواقع بالخيال. وينتقل بالتالي الى عالم الكبار المليء بالتناقضات والصراعات بين قيم وآراء متعددة.

(4) اتجاهات المرحلة المعتمدة:

تتمركز هذه الاتجاهات حول بحث المراهق المستمر عن هويته Identity أو ذاتيته. كما يراها أريكسون Erikson. (Rohwer, et al. , 2006) ويشير اليها كولبرج kohberg على انها انتقال الى الاخلاق التقليدية (المتفقة مع قواعد العرف والسلوك المرعية) في عمل القرارات. أما كينستون Keniston فيشير الى المشكلات الرئيسية للمراهق كالتوتر الذي ينمو بين الذات والمجتمع. رافضا تقبل المسؤولية والخوف من النمو. مشيرا الى ان الراشدين بحاجة الى الانتباه والرعاية من ثقافة الراشدين. وبالاكتفاء الى المراهق وتدعيمه تمكنه من العثور على ذاته ويتقدم الى مرحلة الرشد بسلام.

(5) اتجاهات التعلم:

يركز اتجاه التعلم على ان المراهقة تتصف بالانسحاب من معايير ثقافة الراشدين. هذا الانسحاب الذي غالبا ما يحدث عن طريق سلوك لا اجتماعي غير مرغوب فيه. قد يظهر من خلال تقبل ثقافة جماعة الرفاق التي تعتمد على خبرات تعلم الفرد. وعلى سبيل المثال فان السلوك الاغترابي والجناح اثناء فترة المراهقة عادة ما يرتبط باتجاهات والديه قاسية وعدم اتساقية من

الإرشاد النفسي للمراهق

قبل الوالدين (الأشول، 2005) إضافة إلى ما تحدثه وسائل الاعلام من تعلم سلوك غير مرغوب فيه للمراهق.

ثالثاً: أهداف مرحلة المراهقة وأهميتها:

(1 – 3) أهداف مرحلة المراهقة:

تتلخص أهم أهداف مرحلة المراهقة في الجدول رقم: 5: 1 كما يلي:

جدول رقم: (5 – 1) أهداف مرحلة المراهقة:

نمو من	نمو الى	
<ul style="list-style-type: none"> • الاهتمام بأعضاء نفس الجنس • خبرات مع رفاق كثيرين • الوعد الكامل بالنمو الجنسي 	<ul style="list-style-type: none"> • الاهتمام بأعضاء الجنس الآخر • اختيار رفيق واحد • قبول النضج الجنسي 	النضج الجنسي
<ul style="list-style-type: none"> • الشعور بعدم التأكد من قبول الآخرين له • الارتباك اجتماعياً • التقليد المباشر للأفراد 	<ul style="list-style-type: none"> • الشعور بالأمن وقبول الآخرين له • التسامح اجتماعياً • التحرر من التقليد المباشر للأقران 	النضج الاجتماعي
<ul style="list-style-type: none"> • ضبط الوالدين التام • الاعتماد على الوالدين من أجل الأمن • التوحد مع الوالدين كمثال ونموذج 	<ul style="list-style-type: none"> • ضبط الذات • الاعتماد على النفس من أجل الأمن • الاتجاه نحو الوالدين كأصدقاء 	التخفف من سلطة الأسرة
<ul style="list-style-type: none"> • قبول الحقيقة على أساس أنها صادرة من سلطة أو مصدر ثقة • الرغبة في الحقائق • اهتمامات وميول جديدة وكثيرة 	<ul style="list-style-type: none"> • طلب الدليل قبل القبول • الرغبة في تفسير الحقائق • ميول ثابتة وقليلة 	النضج العقلي
<ul style="list-style-type: none"> • التعبير الانفعالي غير الناضج • التفسير الذاتي للمواقف • المخاوف الطفلية والدوافع الطفلية • عادات الهروب من الصراعات 	<ul style="list-style-type: none"> • التعبير الانفعالي البناء • التفسير الموضوعي للمواقف • المثيرات الناضجة للانفعالات • عادات مواجهة وحل الصراعات 	النضج الانفعالي

نمو من	نمو الى	
<ul style="list-style-type: none"> • الاهتمام بالمهن البراقة • الاهتمام بمهن كثيرة • زيادة او قلة تقدير قدرات الفرد • عدم مناسبة الميول للقدرات 	<ul style="list-style-type: none"> • الاهتمام بالمهن العملية • الاهتمام بمهنة واحدة • التقدير الدقيق لقدرات الفرد • مناسبة الميول للقدرات 	اختيار المهنة
<ul style="list-style-type: none"> • الاهتمام بالالعاب النشطة غير المنظمة • الاهتمام بالنجاح الفردي • الاشتراك في الالعاب • الاهتمام بهوايات كثيرة • الاشتراك في العديد من الاندية 	<ul style="list-style-type: none"> • الاهتمام بالالعاب الجماعية المنظمة • الاهتمام بنجاح الفريق • الاهتمام بمشاهدة الالعاب • الاهتمام بهواية او اثنتين • الاشتراك في اندية قليلة 	استخدام وقت الفراغ
<ul style="list-style-type: none"> • اللامبالاة بخصوص المبادئ العامة • اعتماد السلوك على العادات الخاصة المتعلمة • قيام السلوك على اساس تحقيق السرور وتخفيف الالم 	<ul style="list-style-type: none"> • الاهتمام بالمبادئ العامة وفهمها • قيام السلوك على اساس المبادئ الأخلاقية العامة • قيام السلوك على اساس الضمير والواجب 	فلسفة الحياة
<ul style="list-style-type: none"> • ادراك قليل للذات • فكرة بسيطة عن ادراك الآخرين للذات • توحيد الذات مع اهداف شبه مستحيلة 	<ul style="list-style-type: none"> • ادراك دقيق نسبيا للذات • فكرة جيدة عن ادراك الآخرين للذات • توحيد الذات مع اهداف ممكنة 	توحيد الذات

(3 - 2) أهمية مرحلة المراهقة:

يتفق غالبية علماء النفس على ان هذه المرحلة هي مرحلة مليئة بالمشكلات. وأن ظهور تلك المشكلات رهينة بتيقظ الشعور بالذاتية Self of identity الذي يتم في سن البلوغ.

فالمراهق في هذه المرحلة يسعى جاهدا للتخلص من اعتماده المالي على أبويه أو الآخرين من الكبار. ويسعى الى الاستقلالية بالرغم من حاجته الملحة الى المساعدة. كما يسعى الى تحمل مسؤولياته. لكنه رغم ذلك محتاج لأن يظل طفلا ينعم بالأمن والطمأنينة.

الإرشاد النفسي للمراهق

وعليه ان يحقق ذاته، يفكر لنفسه، ويحقق ميوله، ويشبع حاجاته، ولكن لا بد ان يتطابق تفكيره وسلوكه مع المعايير الاجتماعية والتوافق مع الآخرين. وعليه اتخاذ قرارات حيوية تحدد مستقبل حياته، خاصة ما يتعلق منها بالتعليم واختيار مهنته، أو ما يتعلق بالزواج وتكوين أسرة. أو ممارسته بعض الهوايات أو تكوين بعض الصداقات. ويسعى لتحقيق الحرية، وصاحب سلطة لكنه مع ذلك يجد نفسه متورطا في صراعات انفعالية مع الأطفال الأصغر منه سنا داخل أسرته. وكذلك الوالدين والمدرسين وأعضاء المجتمع. وهو يريد ان يكون راشدا، لكنه لا يعطى المسؤولية الكافية لأعماله الخاصة. وهو يعاني من مشكلات لم تكن موجودة لديه في مرحلة سابقة وتختلف أيضا عما يواجهها الراشد الى حد ما. وهو يسعى جاهدا لتحقيق حل مقبول لمشكلاته تلك. تتناسب ومعايير الجماعة

(3-3) مطالب النمو في مرحلة المراهقة:

حدد هافجهرست مطالب النمو في مرحلة المراهقة على النحو التالي:

(1) تكوين علاقات ايجابية ناضجة مع افراد الجنسین:

ويتمثل ذلك في النظر الى افراد الجنسین على انهم افراد ناضجون ويتصرف معهم بحكمة دون بروز الانانية. كما يتعلم العمل معهم من اجل تحقيق اهداف مشتركة.

(2) التوحد مع الدور الذكري أو الأنثوي:

ويتمثل في ان تلعب الأنثى دورها كأنثى. ويلعب الذكر دوره كرجل وفق معطيات الثقافة التي يعيش فيها.

(3) تقبل التغيرات الجسمية والجنسية على أنها مظهر طبيعي للنمو:

ويتمثل ذلك في ان يتقبل المراهق التغيرات الجسمية الجديدة باعتبارها مظهرا طبيعيا من مظاهر النمو الانساني. وأن لا تثير قلقه.

(4) تحقيق الاستقلال النفسي من الآخرين:

ويتمثل ذلك في التحرر من التعلق بالوالدين. وتنمية حب الوالدين دون الاعتماد عليهما. وتنمية القدرة على القيام ببعض واجباته بمفرده. واتخاذ قراراته بنفسه.

(5) التخطيط لمستقبل مهني أو تعليمي مرموق:

ويتمثل ذلك في التفكير في اختيار مهنته أو دراسته التي تحقق له طموحاته وفق قدراته وامكاناته. كما تحقق له قدرا من الاستقلال الاقتصادي.

(6) العمل على بناء نسيق قيمي متكامل يوجه السلوك ويحدده:

ويتمثل ذلك في قيام المراهق بتكوين مجموعة من القيم والاتجاهات لنفسه تكون هاديا له في تصرفاته. يحتكم اليها في حل مشكلاته وصراعاته حال حدوثها.

(7) العمل على تنمية الولاء والانتماء الاجتماعي:

ويتمثل ذلك في ازدياد الوعي الاجتماعي للمراهق بأسرته ومجتمعه وادراك مسؤولياته وواجباته كمواطن صالح.

(8) الاستعداد النفسي للزواج:

ويتمثل ذلك في تكوين اتجاهات ايجابية عن الزواج والحياة الاسرية باعتبارها مقومات ضرورية للحياة. واستكمالاً لدورة حياة الفرد.

(9) اكتساب المراهق شعورا واضحا بالهوية او الذاتية:

ويتمثل ذلك في تكوين فكرة واضحة عن نفسه. واهدافه وطموحاته وقيمه واتجاهاته التي سوف يتبناها لتصبح بعد هويته المميزة عن غيره.

رابعاً: العوامل المؤثرة في نمو المراهق:

تعتبر المدرسة من اهم المؤسسات الاجتماعية التي تلعب دورا بارزا في حياة المراهقين وتشكيل مستقبلهم. وتستطيع المدرسة في هذا المجال توفير فرص النمو السليم والمتكامل للمراهق عن طريق المواد العلمية واسلوب المعاملة. وعن طريق العلاقات الانسانية السائدة، وكذلك عن طريق الأنشطة المختلفة التي تساعد المراهقين على تحقيق مطالب النمو، وتجنبيهم الكثير من الصراعات التي تحفل بها هذه المرحلة.

لقد حدد هافجهيرست مطالب النمو الانفعالي في مرحلة المراهقة بتقبل الذات، وخاصة تقبل التغيرات الجسمية والجنسية الجديدة، وتحقيق الاستقلال الانفعالي، وتكوين اتجاهات ايجابية نحو الجنس الآخر ونحو الاقران من نفس الجنس ونحو الوالدين والاسرة والمجتمع. وتحقيق الامان النفسي والاطمئنان على المستقبل وتحقيق الولاء للقيم الاجتماعية والخلقية والدينية التي تسود المجتمع الذي يعيش فيه. وتشكل هذه المطالب عبئا ثقيلا على كاهله تجعله يعيش صراعات نفسية مختلفة تتمثل في كل من (الفقي، 1995):

■ صراع بين الحاجة الى تهذيب الذات والحاجة الى التحرر والاستقلال. وهو بذلك يحتاج الى من يوجهه الى معرفة السلوك المقبول في المناسبات والمواقف المختلفة. لكنه في الوقت نفسه يحتاج الى الشعور بالاستقلالية. وانه لم يعد طفلا.

الإرشاد النفسي للمراهق

- صراع بين الحاجة الى الاستقلال والحاجة الى الاعتماد على الآخرين (من أبوين واسرة وغيرهما).
- صراع بين الحاجة الى الاشباع الجنسي وبين التقاليد الدينية والاجتماعية.
- صراع القيم وهو صراع بين ما تعلمه المراهق في الطفولة وأمن به من مبادئ وقيم وبين ما يمارسه الكبار من حوله في الحياة اليومية مما يناقض هذه المبادئ والقيم.
- صراع المستقبل: وهو صراع تسببه الحاجة الى تحديد المستقبل والتخطيط له واختيار العمل او الوظيفة او المهنة. والاعداد لتحقيق ذلك.
- صراعات مختلفة تناب المراهق نتيجة التغيرات الجسمية والجنسية المفاجئة. فقد يؤدي التبكير في النضج الجسدي او الزيادة غير العادية فيه او عدم التساوي بين الاعضاء الجسمية المختلفة في درجة النمو الى حدوث الاضطرابات النفسية الخطيرة وخاصة لدى الاناث في هذه المرحلة.

وبين كولبرج Kohlberg (Owens, 2006) المراحل المختلفة للحكم الخلفي لدى المراهق وحدد ثلاث مستويات للحكم الخلفي هي:

- المستوى ما قبل الأخلاقي Premoral level: (وتمتد من 0 - 9 سنوات) حين يكون السلوك مدفوعا عند الطفل بدوافع بيولوجية واجتماعية حيث تؤدي الى نتائج اخلاقية.
- المستوى التقليدي (العري) للسلوك Conventional level: (وتمتد من: 9 - 16 سنة) وفيه يقبل الفرد معايير جماعته مع قليل من التفكير التأملي الناقد.. أي كل ما يتعلمه الفرد من قيم ومعايير للسلوك يقبل دون مناقشة.
- المستوى المستقل للسلوك Autonomous level: (أكثر من 16 سنة) حيث يكون السلوك موجهًا بتفكير الفرد الذاتي كما يحكم بنفسه ولا يقبل معايير الجماعة دون تأمل واضح.

(4 - 1) التأثيرات السيكولوجية لحدث البلوغ:

يشير عدد من الباحثين (Berk, 2007) في هذا الصدد الى عدد من الملاحظات حول التوافق في سن البلوغ الجنسي عند الذكور والاناث من أبرزها: تأثير افرازات الغدد من الهرمونات على جسم المراهق.

فالاناث اللواتي يبلغن مبكرا يملن الى الخجل مع الميل للاستعراض، والانعزال عن جماعة رفاق السن، وسوء التوافق الاجتماعي، والحاجة الى اشراف خاص من الكبار بخصوص نشاطهن الجنسي، والتقدم من الناحية الاجتماعية عن الاناث الأخريات عندما ينضجن جميعا، ومستوى

من التوافق اعلى من مستوى المتأخرات خاصة ما يتعلق منها بكل من التوافق الشخصي والاسري، وصعوبة الحياة في مستوى النضج الذي يتوقعه منهن الكبار، وتكوين مفهوم أفضل للذات.

أما الاناث اللواتي يبلغن متأخرا يعلنن الى الانعزال عن النشاط الاجتماعي. والشعور بالوحدة وحسد قريناتهن، والخجل والقلق بسبب تأخر البلوغ، وسيطرة الوالدين عليهن مما يؤخر انتقالهن من الاعتمادية الى الاستقلال يصاحبه ضعف العلاقة مع الوالدين، ونمو مفهوم الذات بدرجة اقل كفاية، والحاجة الى خبرات النجاح في أي ناحية يستطعن تحقيق نجاح فيها، والى الاعتراف والتقدير.

أما الذكور الذين يبلغون مبكرا فيميلون الى السعادة لاتجاه الانظار اليهم وتوليهم أدوارا قيادية، والتعرض للرفض اذا حاولوا الانضمام الى جماعات أكبر منهم سنا، وصعوبة الحياة في مستوى النضج الذي يتوقعه منهم الكبار، والشعور بالثقة بالنفس والكفاية والميل الى الاستقلال. وتكون مفهوم ذات ايجابي للتوافق الاجتماعي والانفعالي.

أما الذكور الذين يبلغون متأخرا يميلون الى التأخر اجتماعيا ورياضيا عن رفاق سنهم. والخجل والقلق والوعي بالذات. واللجوء الى طرق سلوكية طفلية والسعي لجذب انتباه الآخرين. والحاجة الى خبرات النجاح في أي ناحية يستطيعون تحقيق نجاح فيها. والشعور بالنقص والاعتماد على الآخرين وتكون مفهوم ذات سلبي وسوء توافق اجتماعي وانفعالي (زهران، 2005).

يبدأ البلوغ الجنسي عند الاناث بين سن 9 – 18 سنة حيث يبدأ الحيض عندما يبدأ انتاج البويضة الناضجة وانتقالها من المبيض عبر قناة البويضات (قناة فالوب) الى الرحم. وعندما لا يتم تلقيحها بالحيوان المنوي تنفجر البويضة وينفصل الغشاء الرحمي المعد لاستقبالها ونموها تبعا لذلك وتنزل في صورة دم احمر قان. يصاحبه بعض الاضطرابات المتعلقة بسوء الهضم وشعور عام بالاعياء والفتور. تتلاشى بالتدريج مع تعود الفتاة على العادة الشهرية تلك. ولا يصاحب الحيض في العادة ألم الا في حالات الضعف الجسمي الواضح عند بعض الفتيات.

وتشير الدراسات المتعلقة بهذا المجال الى ان الاناث الاطول والاثقل والانضج في النمو الهيكلية يبلغن مبكرا عن زميلاتهن الاقصر والابطأ في النمو الهيكلية. بسبب عدد من العوامل المناخية والبيئة الجغرافية.. وكذلك التغذية والظروف البيئية العامة. والجنس البشري الذي تنتمي اليه الفتاة. بالرغم من ان عددا من الدراسات تشير الى بطلان هذا الافتراض. وان هناك فروقا فردية بين الاناث في الاسرة الواحدة.

أما اهم الخصائص الجنسية الثانوية التي تظهر مع السيادة التدريجية للافرازات والهرمونات المنشطة للأنوثة وخاصة الاستروجين Estrogens الذي ينتج المبيض بالاضافة الى

الإرشاد النفسي للمراهق

هرموناته الرئيسية: الاسترين Estrin والبروجستين Progestin وكميات ضئيلة من التستوستيرون Testosterone (هرمون الذكر الجنسي) نمو الأعضاء التناسلية (قناتي البويضات والرحم والمهبل) واتساع الحوض والردفين واستدارة الفخذين ونمو الصدر والثديين والغدد اللبنية. وظهور شعر العانة، وتحت الأبط، وبعض الشعر الخفيف على الذراعين والشفة العليا وخفض وعمق الصوت. (Bernard, 2004) إلا أن قدرة الفتاة على انجاب الأطفال تأتي متأخرة قليلاً بعد أول حيض.

ويبدأ البلوغ الجنسي عند الذكور بين سن: 11 – 18 عندما تنشط الخصيتان وتفرزان الحيوانات المنوية والهرمونات الجنسية. حيث تمتزج الحيوانات المنوية بالسائل المنوي الذي تفرزه البروستاتا. ويتراوح حجمه في المتوسط بين 2 – 4 سنتيمتر مكعب وهو سائل لزج يحتوي على الحيوانات المنوية (من: 3000000000 – 6000000000 حيوان منوي في كل قذف).

ويلاحظ عند البلوغ نمو الأعضاء الجنسية بسرعة. يصاحبه السيادة التدريجية للأفرازات والهرمونات المنشطة للذكورة (هرمونات الأندروجين Androgens) ويؤدي ذلك إلى ظهور الخصائص الثانوية المتمثلة في نمو شعر العانة، ونمو الشارب والذقن، وتحت الأبط. وعلى الجسم بصفة عامة. وتغير الصوت ونمو الحنجرة. كما يلاحظ التفاوت في نمو الخصائص الثانوية بين الذكور.

عزيمي الدارس:

للجنس أهميته الكبرى في حياة الفرد لكونه يرتبط بشكل واضح وجلي بكل جوانب النمو المختلفة. وبالتدريج يتحول الميل الجنسي إلى الجنس الآخر. فيتعلق الفتى بأحدى الجارات أو صديقات الأسرة أو أحدى فتيات مجتمعه أو حتى أحدى مدرساته. وكذلك تفعل الفتاة. وفي بداية مرحلة المراهقة يشعر المراهق بالدافع الجنسي. ويعبر عنه بداية الأمر على شكل خلاص وولاء وأعجاب وأعزاز وحب لشخص أكبر منه سناً مثل المعلم أو غيره. ثم يأخذ الشعور الجنسي مجراه الطبيعي فيحب الفتى فتاة أو أكثر في مثل سنه. وتفضل الفتاة كذلك. وتتميز هذه العلاقة بسيادة الروح الرومانسية الخالية من أية إثارة جنسية جامحة حيث يوصف الحبيب بالأخ أو الأخت أو الملاك أو الروح... الخ. ويشاهد الفضول الجنسي وشدة الشغف بالتعرف على حقيقة الحياة الجنسية وكثرة الأسئلة إلى الكبار ومن سبقوا إلى مرحلة المراهقة من الرفاق.

ومن أجل أن يخفف المراهق من توتره الجنسي، فإنه يلجأ إلى ممارسة النشاط الجنسي الذاتي والتي تسمى بالعادة السرية Masturbation وتشير البحوث المتعلقة في هذا الجانب إلى أن الإفراط في مثل هذا النشاط وأدمانه وما يصاحبه من مشاعر الأثم والخطيئة والصراع النفسي. الخوف والقلق النفسي. والشعور بالأثم وفقدان اعتبار الذات (Petersen, et al. , 1995).

(4 - 2) العوامل المؤثرة في تطور نمو المراهق:

يتحدث زهران (2005) عن مرحلة المراهقة باعتبارها إحدى حلقات النمو النفسي تتأثر بالحلقات السابقة وتؤثر بدورها في الحلقات التالية لها. ويقسم مرحلة المراهقة إلى ثلاث مراحل فرعية هي:

- مرحلة المراهقة المبكرة: وتستمر ما بين 12 - 13 - 14 سنة
- مرحلة المراهقة المتوسطة: وتستمر ما بين: 15 - 16 - 17 سنة
- مرحلة المراهقة المتأخرة: وتستمر ما بين: 18 - 19 - 20 - 21 سنة

وفي مرحلة المراهقة تتغير وظائف جميع أجهزة الجسم بدرجات متفاوتة. لكن التغير البارز في هذه المرحلة هو حدوث البلوغ الجنسي. الذي يعتبر بمثابة الميلاد الجنسي أو اليقظة الجنسية للشخص. يسبقه فترة نمو جسمي سريع خاصة في الطول. كما يلاحظ نمو حجم القلب بنسبة أكبر من نمو الأوردة والشرايين، ويزداد ضغط الدم، وتنمو المعدة وتتسع لسد حاجة الجسم النامي، وتنمو أعضاء الجهاز الهضمي بنفس النسبة تقريبا. ويتذبذب التمثيل الغذائي بما يؤدي إلى زيادة الشهية للأكل عند المراهق.

(1) البلوغ الجنسي Puberty:

يعتبر البلوغ الجنسي نقطة تحول وعلامة انتقال من الطفولة إلى المراهقة. ويتحدد هذا البلوغ عند الذكور بحدوث أول قذف منوي وظهور الخصائص الجنسية الثانوية. أما عند الإناث فيتحدد بحدوث أول حيض وظهور الخصائص الثانوية. وتنضج الغدد الجنسية في الفترة العمرية ما بين سن: (13 - 14 سنة)

يبدأ البلوغ الجنسي بنمو الغدد والأعضاء التناسلية. كما يلاحظ أهمية الغدة النخامية Pituitry gland الموجودة في أسفل المخ والتي تستثير هرموناتها المشاعر الجنسية والدورة الجنسية. فتستثير الخصيتين عند الذكور والمبيضين عند الإناث في العمل والنشاط. وتؤثر كذلك الغدة الكظرية أو فوق الكلوية Suprarenal gland خاصة القشرة بهرموناتها في النمو الجنسي. ويسبب زيادة إفرازاتها زيادة وإسراع النمو الجنسي. ويلاحظ أيضا ضمور الغدة التيموسية Thymus gland التي تقع في التجويف الصدري. ويسبب نقص إفرازها البكور الجنسي (أي النمو الجنسي السريع). بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل سرعة النمو الفيزيولوجي الحيوي، والنمو السريع الزائد للغدة خاصة الغدة النخامية (Schickedanz, et al. , 2004). أما القصور في إفراز الغدد فإنه يسبب تأخرا في النمو الجنسي لدى الفرد.

يتميز النمو الجسمي في هذه المرحلة بالسرعة الكبيرة في النمو. فيلاحظ طفرة النمو Growth spurt بعد فترة نمو هادئة في مرحلة الطفولة المتأخرة. وتزداد سرعة النمو عند الجنسين لمدة 3 – 4 سنوات (عند الذكور بين سن 12 – 16 سنة وعند الإناث بين سن: 10 – 14 سنة). وتصل أقصى سرعة في النمو عند الإناث في سن 12 سنة. بينما تصل أقصى للنمو عند الذكور في سن 14 سنة. ويزداد طول الفرد زيادة سريعة. ويتسع الكتفان ومحيط الازداف ويزداد طول الجذع وطول الساقين. كما يزداد نمو العضلات والقوة العضلية والعظام.

وتبدأ زيادة الطول في الساقين أولاً، ثم بعد ذلك في الجذع، إلا أن اكتمال الزيادة يحدث أولاً في اليدين والرأس والأقدام، أما آخر جزء تكتمل فيه هذه الزيادة فهو في الاكتاف.

ويتأثر النمو الجسمي للشخص بعوامل عديدة من أبرزها المحددات الوراثية والجنس والتغذية وافرازات الغدد. ويبرز تأثير الغدة النخامية وافرازاتها لهرمون النمو Growth hormones. والتي تشتتير بدورها عددا من هرمونات الغدد الأخرى مثل الغدد الدرقية والادرينالية والتناسلية التي تفرز هرمون الذكورة (الاندروجين Androgens) وهرمون الانوثة (الاستروجين Estrogens) بحيث تتفاعل هذه الهرمونات بعضها مع بعض محدثة عددا من التغيرات الجسمية والفيزيولوجية (Biehler & Hudson, 2006).

إلا أن هناك فروقا واضحة تظهر على الأفراد من الجنسين في النمو الجسمي. ويلاحظ زيادة واضحة في الطول حيث تطول قامة المراهق خلال فترة البلوغ. ويزداد وزن المراهق نتيجة النمو في أنسجة العظام والعضلات وكثرة الدهون خاصة عند الإناث.

ويزداد وزن المراهق بسرعة نتيجة النمو في أنسجة العظام والعضلات وكثرة الدهون خاصة عند الإناث. حيث يتراوح وزن المراهق ما بين 37 – 59 كغم لدى الذكور في المرحلة العمرية التي تتراوح ما بين 12 – 17 سنة للذكور وما بين 39 – 54 كغم لنفس الفئة من الإناث لدى عينات مصرية. (Owens, 2006)

كما يلاحظ تقدم مؤقت عند الإناث وتأخر مؤقت عند الذكور. ويكون الذكور أقوى جسميا من الإناث حيث تنمو عضلاتهم بشكل أسرع من الإناث. بينما تنمو عظام الحوض عند الفتاة بشكل أوضح منه عند الفتى تمهيدا لوظيفة الحمل والولادة. ويشاهد اتساع الكتفين أكثر عند الفتى منه عند الفتاة. كما تسبق الفتاة الفتى في النمو العظمي. ويظهر اهتمام الفتاة أكثر من الفتى بالمظهر الشخصي من حيث الطول والوزن والمظهر العام وتسعى دائما كي تبدو أكثر جمالا وجاذبية. ولذلك نراها تقضى وقتا طويلا أمام المراة. كما أن الأجزاء الداخلية والخارجية لا تنمو بنفس الدرجة. ويتأخر نضج القلب في هذه المرحلة عن نضج الأعضاء الأخرى.

كما ان نضج الوظائف الجسمية لا يسير بنفس السرعة التي يسير بها نمو الاعضاء ذاتها. واكتمال النضج في الطول والوزن لا يعني بالضرورة النضج الجسمي عامة من حيث الوظائف والقوة.

ويسبب النمو الجسمي السريع في هذه الفترة تناقضات نفسية واجتماعية للمراهق. فبينما يبدو الشخص في صورة رجل مكتمل البنية. الا انه لا يزال في كثير من رغباته كبير الشبه بالاطفال. وبينما يعامله البعض على انه رجل ناضج ويعطونه ما يستحقه الكبار من احترام ووزن. نجد ان البعض الآخر يعاملونه معاملة الاطفال وضعونه في عدادهم. وتسبب الزيادة المفاجئة والتغيرات الجسمية السريعة والمعاملة المتناقضة التي يلقاها ممن حوله حساسية شديدة نحو جسمه أو ذاته Self conscious ويؤدي ذلك الى عدم التوازن الجسمي والنفسي أو الانفعالي والانتقال السريع من حالة انفعالية الى حالة انفعالية اخرى. او من نشاط الى حالة تبلد او كسل. كما قد يؤدي التكبير في النمو الجسمي الى مشكلات اجتماعية ونفسية تختلف ايجابا أو سلبا باختلاف الجنسين. وان المنزلة الاجتماعية للطفل الذي ينمو جسمه قبل زملائه تتأثر بهذا النمو. مما يحتاج الى مزيد من الوقت والجهد كي يتكيف من جديد لمجموعته من الرفاق.

وتظهر على المراهق في هذه المرحلة عددا من الخصائص الجسمية التي تتميز بكل من زيادة الوزن، وفي الأكل زيادة ملحوظة في بداية المرحلة. وظهور التغيرات الجسمية التي تصحب النضج الجنسي، وحالات عدم التوازن في نشاط الغدد، مع اكتمال النمو العظمي ونمو الطول، ونمو سريع للقلب في بداية المرحلة وبطيء في نهايتها، وارتباط النمو الجسمي في هذه المرحلة بالنمو في النواحي العقلية والاجتماعية والانفعالية ارتباطا وثيقا. بحيث لا يستطيع المراهق ان يفصل ناحية من هذه النواحي عن الناحية الأخرى الا من الناحية النظرية فقط. (اسماعيل، 2001)

(3) النمو الحركي:

وفي هذه المرحلة تنمو القدرة والقوة الحركية لدى الشخص بصفة عامة حيث يرتبط النمو الحركي في هذه المرحلة بالنمو الجسمي والنمو الاجتماعي. ولذلك، فانه يلاحظ الميل نحو الخمول والكسل والتراخي. وتكون حركات المراهق غير دقيقة. ويكثر تعثر المراهق واصطدامه بالاناث وسقوط الاشياء من يديه وشعوره بالحرج والارتباك. وتؤدي التغيرات الجسمية الواضحة والخصائص الجنسية الثانوية الى شعور المراهق بذاته وتغير صورة الجسم لديه. وتوقع الكبار تحمله مسؤوليات اجتماعية عديدة.

تتميز هذه المرحلة بأنها فترة تميز ونضج في القدرات وفي النمو العقلي. ويطرد نمو الذكاء. ويكون أكثر وضوحاً من تميز القدرات الخاصة. وتصبح قدراته العقلية أكثر دقة في التعبير مثل القدرة اللفظية والقدرة العددية في معالجة الأرقام والقيام بحل المسائل البسيطة بسرعة ودقة. كما تزداد سرعة التحصيل وإمكاناته. وتنمو القدرة على التعلم وعلى اكتساب المهارات والمعلومات. وتنمو القدرة على الربط بين المتغيرات (أي القدرة على أن يأخذ الفرد في اعتباره عوامل متعددة في نفس الوقت). وينمو الإدراك من المستوى الحسي المباشر إلى المستوى المعنوي الذي يمتد عقلياً نحو المستوى القريب والبعيد، وتحديد التفاصيل بدقة. وينمو الانتباه في مدته ومداه ومستواه. ويستطيع المراهق في هذه المرحلة استيعاب مشكلات طويلة ومعقدة بسهولة ويسر. وينمو التذكر معتمداً على الفهم واستنتاج العلاقات والمتعلقات. وتنمو معه القدرة على الاستدعاء والتعرف. وتزداد قدرته على التخيل المجرد المبني على الألفاظ. ويتجه من المحسوس إلى المجرد. ويزداد ميله إلى الرسم والموسيقى ونظم الشعر والكتابة الأدبية. وينمو التفكير المجرد وتزداد قدرته على الاستدلال والاستنتاج والحكم على الأشياء وحل المشكلات والتنبؤ بما يمكن أن يحدث. وتصور الأمور على أساس من الخبرة السابقة. ووضع المخططات على أساس الحقائق. وتظهر هذه القدرة ببساطة عندما تستطيع أن تصل إلى النتائج من المقدمات بطريقة صحيحة (أي بطريقة منطقية). وتنمو قدرته على التحليل والتركيب. والقدرة على تكوين التصميمات الدقيقة. وتزداد قدرته على فهم الأفكار دون أن تكون مرتبطة مباشرة بالمراهق شخصياً. وتزداد قدرته على التعميم وفهم التعميمات والأفكار العامة. وتنمو المفاهيم المعنوية عنده مثل الخير والفضيلة والعدالة. وتزداد قدرته على التجريد وفهم الرموز (Berk, 2007).

إلا أن هناك عوامل مؤثرة على النمو العقلي لدى المراهق. حيث تلعب الوراثة دوراً بارزاً في وجود فروق فردية في الذكاء والقدرات العقلية. كما تؤثر التسهيلات البيئية والخبرة والتدريب في تنمية واستثمار تلك القدرات إلى أقصى مدى. ويسر التوافق الانفعالي الوصول إلى الثقة ومفهوم الذات الإيجابي من أجل تحقيق نضج عقلي للمراهق. كما تؤثر العوامل الانفعالية مثل الخمول والتمرد في لاداء العقلي للفرد. ويؤثر مستوى وسرعة معدل النمو الجسمي في تحصيله الدراسي. وشخصيته بصفة عامة. ولا ننسى تأثير وسائل الإعلام السمعية والبصرية على نموه العقلي وتزويده بالأفكار والخبرات. (Owens, 2006).

وتعتبر المدرسة من أهم المؤسسات الاجتماعية التي تلعب دوراً بارزاً في حياة المراهقين وفي تشكيل مستقبلهم. وتستطيع المدرسة في هذا المجال توفير فرص النمو السليم والمتكامل للمراهق عن طريق المواد العلمية وأسلوب المعاملة. وعن طريق العلاقات الانسانية السائدة، وكذلك عن

طريق الأنشطة المختلفة التي تساعد المراهقين على تحقيق مطالب النمو، وتجنبيهم الكثير من الصراعات التي تحفل بها هذه المرحلة.

(5) النمو الانفعالي:

على الرغم من تشابه الأنماط الانفعالية للمراهق مع ما كان سائدا في مرحلة الطفولة. إلا أنها تختلف في المثيرات التي تحرك هذه الانفعالات.. كما أنها أكثر أهمية في تدريب المراهقين لضبط التعبير عن هذه الانفعالات. وهناك مظاهر متعددة للنمو الانفعالي للمراهق كما تتباين الفروق في تلك المظاهر بين الجنسين. وتتصف الانفعالات في مرحلة المراهقة بأنها انفعالات عنيفة متهورة لا تتناسب مع مثيراتها. وفي كثير من الحالات لا يستطيع المراهق التحكم فيها ولا في المظاهر الخارجية لها. وبالتالي، فليس هناك ثبات انفعالي في هذه المرحلة ويظهر التذبذب الانفعالي لدى المراهق. وتقلب سلوكه بين سلوك الأطفال تارة وسلوك الكبار تارة أخرى. كما تلاحظ لدى المراهق التناقض الانفعالي وثنائية المشاعر نحو نفس الشخص أو الشيء أو الموقف فيتذبذب انفعاله بين الحب والكره وبين الشجاعة والخوف، وبين التدين والالحاد، وبين الانعزالية والاجتماعية وبين الحماس واللامبالاة... إلى غير ذلك من مظاهر السلوك.

لقد حدد هافجهيرست مطالب النمو الانفعالي في مرحلة المراهقة بتقبل الذات، وخاصة تقبل التغيرات الجسمية والجنسية الجديدة، وتحقيق الاستقلال الانفعالي، وتكوين اتجاهات ايجابية نحو الجنس الآخر ونحو الأقران من نفس الجنس ونحو الوالدين والأسرة والمجتمع. وتحقيق الأمان النفسي والأطمئنان على المستقبل وتحقيق الولاء للقيم الاجتماعية والخلقية والدينية التي تسود المجتمع الذي يعيش فيه. وتشكل هذه المطالب عبئا ثقيلا على كاهله تجعله يعيش صراعات نفسية مختلفة تتمثل في كل من (الفقي، 1995):

- صراع بين الحاجة إلى تهذيب الذات والحاجة إلى التحرر والاستقلال. وهو بذلك يحتاج إلى من يوجهه إلى معرفة السلوك المقبول في المناسبات والمواقف المختلفة. لكنه في الوقت نفسه يحتاج إلى الشعور بالاستقلالية. وأنه لم يعد طفلا.
- صراع بين الحاجة إلى الاستقلال والحاجة إلى الاعتماد على الآخرين (من أبوين وأسرة وغيرهما)
- صراع بين الحاجة إلى الاشباع الجنسي وبين التقاليد الدينية والاجتماعية
- صراع القيم وهو صراع بين ما تعلمه المراهق في الطفولة وأمن به من مبادئ وقيم وبين ما يمارسه الكبار من حوله في الحياة اليومية مما يناقض هذه المبادئ والقيم

الإرشاد النفسي للمراهق

- صراع المستقبل: وهو صراع تسببه الحاجة الى تحديد المستقبل والتخطيط له واختيار العمل او الوظيفة او المهنة. والاعداد لتحقيق ذلك.
- صراعات مختلفة تتناب المراهق نتيجة التغيرات الجسمية والجنسية المفاجئة. فقد يؤدي التبكير في النضج الجسدي او الزيادة غير العادية فيه او عدم التساوي بين الاعضاء الجسمية المختلفة في درجة النمو الى حدوث الاضطرابات النفسية الخطيرة وخاصة لدى الاناث في هذه المرحلة.

ويلاحظ على المراهق في هذه المرحلة سعيه نحو تحقيق الاستقلال الانفعالي او ما يسمى بالفطام النفسي عن والديه وتكوين شخصيته المستقلة. وقد تلاحظ مظاهر الخجل لدى المراهق والميل نحو الانطوائية والتمركز حول الذات، والشعور بالذنب والخطيئة نتيجة للتغيرات الجسمية المفاجئة. والمشاعر الجديدة خاصة ما يتعلق منها بالجنس. كما يلاحظ التردد نتيجة نقص الثقة بالنفس. خاصة في بداية هذه المرحلة. ويزداد خياله خصباً. فيتخطى المراهق حدود الزمان والمكان وحتى حدود قدراته الى اماكن وخبرات لا يستطيع المرور بها في واقع حياته بدون ان يكون هناك لحما ودما. وفي خياله هذا يحل مشكلاته ويحقق رغباته. ويتحدث الباحثون في هذا المجال الى ما يفيد الباحث من خياله هذا في مساعدته نحو تقييم جهوده الحالية بربط ماضيه بحاضره وبمستقبله. وفي تخيله يحل مشكلاته الحاضره في تخيل افضل الظروف واسوأها بدوره كطبيب أو مهندس أو معلم. ويستغرق المراهق في تخيله أو حلم اليقظة Day dreaming الذي ينتقل به من عالم الواقع الى عالم غير واقعي. وينتابه القلق النفسي أحياناً. وقد يجد فيها مهرباً من المواقف التي لا يستريح اليها. ودرعاً لحماية نفسه من تهديد التناقضات الكثيرة في العالم من حوله (Owens, 2006).

وبالرغم من ان المراهق يكون بطل الحلم دائماً ومؤلفه ومخرجه وممثل. الا ان الحب يعد من أهم مظاهر الحياة الانفعالية له. فالحب المتبادل يزيد اللفة ويزيل الكلفة ويقضي على العدوان ويجعل الاتجاهات النفسية أكثر ايجابية. والحب كما يراه الباحثون يمثل قوة علاجية جبارة لحل العديد من المشكلات التي يواجهها المراهق.

ويتأثر النمو الانفعالي بالعديد من التغيرات الجسمية الداخلية والخارجية والعمليات العقلية والمعرفية والقدرات العقلية والتألف الجنسي ونمط التفاعل الاجتماعي ومعايير الجماعة والمعايير الاجتماعية العامة والشعور الديني للمراهق (Berk, 2007).

(6) النمو الاجتماعي:

ونتيجة للتغيرات الجسمية والعقلية والانفعالية التي تطرأ على الشخص. فإنه يلاحظ اتساع نطاق الاتصال الاجتماعي وتزداد مشاركته للآخرين في الخبرات والمشاعر والاتجاهات والأفكار. وتستمر كذلك عملية التنشئة الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي ويستمر تعلم واستدخال القيم والمعايير الاجتماعية من الأشخاص الهامين في حياته. مثل الوالدين والمدرسين والقادة والمقربين من الرفاق ومن الثقافة العامة التي يعيش فيها ((Hines, 1997). ويظهر على المراهق اهتمامه بالمظهر الشخصي ويبدو ذلك واضحاً في اختيار ملابسه والاهتمام بالألوان الزاهية اللافتة للنظر والتفصيلات الحديثة. والاهتمام بالحلي وبالموضة ومتابعتها بالنسبة للأناث.

ويلاحظ على المراهق نزعتة نحو الاستقلال الاجتماعي والانتقال من الاعتماد على الغير إلى الاعتماد على النفس. وكذلك ميله إلى الزعامة والتوحد مع شخصيات خارج نطاق البيئة المباشرة مثل شخصيات الأبطال. وينمو الوعي الاجتماعي والمسؤولية الاجتماعية. ويزداد وعيه بالمكانة الاجتماعية والطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليه المراهق. فيستمر في التآلف والتكتل في جماعات الأصدقاء والخضوع لها وتوسع دائرة التفاعل الاجتماعي والميل إلى الجنس الآخر.

ويلاحظ النفور والتمرد والسخرية والتعصب والمنافسة. وضعف القدرة على فهم وجهة نظر الكبار وضيق صدره للنصيحة. وتعتبر المنافسة إحدى مظاهر العلاقات الاجتماعية في هذه المرحلة. فيقارن المراهق نفسه دائماً برفاقه ويحاول أن يلحق بهم ليكون مثلهم أو يتفوق عليهم. لكنه مع ذلك يعكف على مقارنة قدراته بقدرات الآخرين. ويحكم على سلوكه حسب المعايير السلوكية التي تحددها الجماعة (Baer, 2009). وتتميز هذه المرحلة بمرحلة مسايرة Conformity ومجاراة وموافقة وامتنال وقبول واتساق ومحاولة انسجام مع محيطه الاجتماعي. وقبول العادات والمعايير الاجتماعية الشائعة بهدف تحقيق التوافق الاجتماعي. خاصة مع التأثير المتزايد لجماعة الرفاق، والتوافق مع القيم والمعايير الجديدة في القبول والرفض الاجتماعي. (Greenberger, et al. 1998)

ولا شك بأن عدداً من العوامل تؤثر في سلوكه الاجتماعي مثل استعدادات الوالدين واتجاهاتهما وتوقعاتهما. والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة. وجماعة الرفاق ومفهومه عن ذاته ونضجه الجسدي والفيزيولوجي وكذلك المجتمع والثقافة العامة. كما تؤثر الخبرات الاجتماعية الأولى في حياته. وقد لوحظ أنه كلما كانت البيئة الاجتماعية ملائمة كلما ساعد ذلك على تكوين علاقات اجتماعية سوية له.

الإرشاد النفسي للمراهق

وفي دراسة لكل من بيترايس وريموندج Reymondg & Beatrice (الفقي، 1995) حول الخصائص التي تتميز بها شخصية المراهق وقدرته على التقبل الاجتماعي استنتجا فيها الى ان الشعور بالتقبل الاجتماعي يعتبر هاما لتحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للمراهق. وان فقد المنزلة الاجتماعية قد يؤدي الى الشعور بالتعاسة وعدم السعادة. وبالمقابل فان اهتمام المراهق بتكوين علاقات اجتماعية مع الجنس الآخر. تزيد من نضج المراهق.

ووصف جيرسايلد Jersild الذات بأنها جوهر وجود المراهق، وانها العالم الذاتي الذي يخبر فيه الخبرة الانسانية بما فيها من افراح واحزان وآمال ومخاوف وعطف وقسوة.

وأشار الباحثون في هذا المجال الى ان العديد من المراهقين لا يمرون بأزمة الهوية التي أشار اليها اريكسون Erikson في دراساته. ولهذا فان المراهقين في هذه المرحلة لا يصلون الى الهوية الناضجة التي يسعون لتحقيقها. بالنظر لارتباط هذه الهوية بقيم واهداف الوالدين الخاصة بهما. دون السؤال عما اذا كانت هذه القيم والاهداف صحيحة ام خاطئة بالنسبة له. وعندما يغير المراهق بيئته كأن يلتحق بكلية بعيدة عن بلده أو يذهب الى مكان للعمل فان البيئة الجديدة سوف تؤثر في شخصيته ويبدأ بالبحث عن اناس يعاملونه بطريقة تتفق مع انماط شخصيته وافكاره عن ذاته ويتجنب الناس الذين لا يعاملونه بهذه الطريقة. (Wigfield, et al. , 1995)

(7) النمو الديني:

ومع طفرة النمو الملاحظ عند المراهق فانه يحدث تغير وتطور ونمو الشعور الديني. حيث يعيد المراهق تقييم قيمه الدينية. فنلاحظ ازدواج الشعور الديني لديه. وقد يوجد لديه شعور ديني مركب مزدوج يحوي عناصر متناقضة. كأن يوجد لديه حب الله الى جانب الخوف منه. وقد يوجد الايمان بالموت الى جانب كرهه له كنهاية لا مفر منها. وقد نلاحظ تعدد الاتجاهات الدينية لدى المراهقين (Markstrom, 1999).

وفي دراسة قام بها كل من: المليجي والمليجي (1993) أن حوالي 5. % من الذكور يكون ايمانهم تقليديا. و25% منهم يكونون متحمسين، و24% منهم يساورهم الشك، و1% منهم يكونون ملحدين. كما وجد ان حوالي 61% من الفتيات يكون ايمانهن تفكيريا، و26% منهن متحمسات. و13% منهن يراودهن الشك.

(8) النمو الاخلاقي:

في هذه المرحلة من المراهقة يتبع المراهق معتقداته الأخلاقية التي اكتسبها خلال سنوات عمره السابقة. وما مر به من خبرات وما تعلمه من معايير السلوك الاخلاقي. كما نلاحظه بيدي رايه في مدى صواب السلوك او خطئه. بالرغم من اننا قد نجد تباعدا بين سلوكه الفعلي وبين ما يعرفه من معايير السلوك الاخلاقي المثالي. ويعزو الباحثون الى هذا التناقض الى محاولة المراهق تحقيق استقلاله والبعد عن سلطة الكبار وضيقه منها، ونقص مستوى نضجه الاجتماعي أو العقلي. ويلاحظ بالاضافة الى ذلك تأثر المراهق بسلوك قرناء السوء لديهم لاكتسابهم السلوكيات الخاطئة منهم ومحاولة تقليد هذا السلوك الخاطيء.

وقد تحدث جون ديوي عن النمو الاخلاقي لدى المراهق مشيرا الى ان الحكم الاخلاقي يهتم بالأمور او الاحداث التي تكون تحت الانجاز. وانه في جميع حالات الاحكام الخلقية للمراهق فانه يوجد حدث وهو تعبير عن الميل والعادة والرغبة بل وكل الشخصية.

وبين كولبرج (Kohlberg, 2006) (Owens) المراحل المختلفة للحكم الخلقى لدى المراهق وحدد ثلاث مستويات للحكم الخلقى هي:

1. **المستوى ما قبل الأخلاقي Premoral level**: (وتمتد من 0 - 9 سنوات) حين يكون السلوك مدفوعا عند الطفل بدوافع بيولوجية واجتماعية حيث تؤدي الى نتائج اخلاقية
2. **المستوى التقليدي (العري) Conventional level**: (وتمتد من: 9 - 16 سنة) وفيه يقبل الفرد معايير جماعته مع قليل من التفكير التأملى الناقد.. أي كل ما يتعلمه الفرد من قيم ومعايير للسلوك يقبل دون مناقشة.
3. **المستوى المستقل للسلوك Autonomous level**: (أكثر من 16 سنة) حيث يكون السلوك موجها بتفكير الفرد الذاتى كما يحكم بنفسه ولا يقبل معايير الجماعة دون تأمل واضح.

وأشار كولبرج (Kohlberg, 2005) (Papalia & Olds) ايضا الى وجود اربعة توجهات اخلاقية أساسية بجانب مراحلها الاخلاقية المعروفة وهي:

1. **التوجه المعيارى Normative orientation**: الذي يؤكد على الواجب والحقوق المحددة بالالتزام بالقوانين والادوار
2. **توجه العدل Fairness orientation**: الذي يؤكد على الحرية والعدل والمساواة والتبادلية والاتفاق

الإرشاد النفسي للمراهق

3. **التوجه النفسي Utilitarianism orientation**: الذي يؤكد على السعادة والرفاهية للأحداث الأخلاقية سواء للفرد أو للآخرين.

4. **التوجه الكمالي: Perfectionism orientation**: الذي يؤكد على الوصول إلى العزة والذاتية والدوافع الطيبة والضمير والتناسق بين الذات والآخرين)

وترتبط نظرية جان بياجيه في الحكم الخلقى بنظريته في النمو العقلي ذلك ان النمو الخلقى للطفل من وجهة نظره تتأثر الى حد بعيد بالمراحل العقلية التي يمر بها الطفل.. ومن خلال ملاحظاته ومقابلاته الفعلية، حدد بياجيه عددا من مراحل الحكم الخلقى تمثلت في الآتي:

1. **مرحلة ما قبل الاخلاقي Premolar stage**: وهي تقابل السنتين الأوليتين من حياة الطفل، وفي هذه المرحلة لا يوجد أي التزام بالقوانين او التعليمات.

2. **الاخلاق الاتباعية Heteronymous morality**: وهذه المرحلة توجد ما بين سن: 2 – 7 سنوات، ويسمىها البعض مرحلة الاخلاق الغيرية والتي فيها يتبع الطفل الآخرين حيث الطاعة العمياء للقوانين، واللوائح هي الصواب عنده ومعادلة الالتزام بالخضوع للقوة والعقاب. وتتميز هذه المرحلة بخضوع الطفل للقوانين الصادرة من الآخرين.. واطاعة التعليمات الوالدية والاسرية، ويبرر بياجيه هذا التوجه من قبل الطفل الى اجبار الوالدين والكبار للطفل ويعني بذلك عقاب الوالدين للطفل.. وعدم قدرتها التحقق من الدوافع او الهدف من وراء السلوك.. وهو ما يطلق عليه بياجيه الاخلاق الواقعية Moral realism. وقياس الحدث او السلوك بنتائجه بغض النظر عن دواعه ومقاصده..

3. **مرحلة الاخلاق المستقلة**: وتظهر معها مرحلة اخلاقية جديدة تمثل نتاجا للتحول العقلي وقيود الكبار والتعاون مع الاقران والاطفال الآخرين. وتبدأ هذه المرحلة في سن السابعة تقريبا، والتي يسميها بياجيه بالعمليات العيانية Concrete operational ويبدأ الطفل في هذه المرحلة التحقق والحكم على اساس قوانينه الشخصية، ويصبح واعيا للدوافع والقصد من وراء السلوك.. ويسمى بياجيه هذه الخطوة بالمسؤولية الذاتية Subjective responsibility والتي يقصد بها قدرة الطفل في الحكم على الحدث وفقا لقوانين ذاتية في مقابل المسؤولية الموضوعية والتي تعتبر النتائج المادية هي المحك فيها. ويسمىها بياجيه ايضا بالاخلاق التبادلية Morality of reciprocity مقابل اخلاق الطاعة Morality of obedience في المرحلة السابقة مشيرا الى قدرة الطفل في فهم الناس وسلوكهم على المستوى العقلي او الاجتماعي، على اساس الدوافع والغايات..

4. **المراهقة المتوسطة**: تبدأ مرحلة المراهقة المتوسطة Middle adolescence من 15 – 16 سنة وتقابلها مرحلة الدراسة الثانوية وتتميز باطراد الشعور بالنضج والاستقلالية. كما تتضح فيها كل المظاهر المميزة للمراهقة بصفة عامة.

خامساً: تكيف المراهق:

يعبر عن النمو النفسي للفرد بالمراحل التي يمر بها في سني حياته المختلفة. وتنمو فيها انفعالاته ورغباته واستعداداته وتستكمل شخصيته. ويتم هذا في اطار صحته النفسية بوجه عام. وتبدو مظاهر النمو النفسي للفرد في ثلاثة جوانب رئيسية هي:

(5 – 1) معنى التكيف:

يعرف التكيف: باعتباره مجموعة ردود الفعل التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي او سلوكه ليستجيب لشروط بيئية محدودة او خبرة جديدة. وهو عملية ديناميكية مستمرة يستهدف بها الفرد تعديل سلوكه ليحدث علاقة اكثر توافقاً مع بيئته. وقد أشار اليه مرسى (1996) بأنه القدرة على ايجاد العلاقات المشبعة بين الفرد وبيئته، سواء كانت هذه البيئة طبيعية أو ثقافية أو اجتماعية.

وأورد رضوان (2011) عدداً من المفاهيم الخاصة بالتكيف. وأشار الى التكيف بأنه القدرة على التعديل والتغيير والسعي نحوهما وهما يشتملان التعديل الداخلي أو الخارجي للفرد بحيث يشترط السلوك الفاعل المؤثر للفرد باعتباره المعنى بالدرجة الأولى بعملية التكيف. والتعامل مع المشكلات سواء كانت نابعة من الداخل ام من الخارج. وعندما يتم التعامل مع المشكلات بنجاح فإننا نتحدث عن التكيف الناجح. اما اذا لم يتم التعامل مع المشكلات بنجاح. اي انها قادت الى مزيد من التعقيد وانعكست بشكل سلبي على الفرد يحول دون تحقيق أهدافه فإننا نتحدث عن سوء التكيف. والمواجهة الفاعلة مع المواقف المختلفة. وبشكل خاص المرهقة منها. وضبط Control المواقف والمتطلبات الداخلية والخارجية. والدفاع ضد المصادر الداخلية للضغط والمشكلات وضد المصادر الخارجية. ويمثل التكيف الناجح في هذه الحالة الاستخدام الفاعل لآليات الدفاع الأولية الناضجة. اما التكيف غير الناجح فيحدث من خلال الاستخدام المكثف لآليات الدفاع غير الناضجة (المرضية). ومواجهة الأزمات والصراعات والتغلب عليها وحل المشكلات الناتجة عنها. وتقبل الجديد والتعامل معه. وامتلاك الشجاعة في ان يعيش الانسان خبرات حياتية جديدة.

الا ان هناك عدداً من العوامل التي تؤثر بشكل كبير في احداث التكيف لدى الفرد من ابرزها توافر المهارات اللازمة لدى الفرد لاشباع حاجاته الاساسية. ومعرفة الانسان بنفسه (حدوده وامكانياته) التي يستطيع من خلالها اشباع حاجاته، وان يدرك قدراته ومهاراته واستعداداته. وان يتقبل نفسه بواقعية ومرونة بالنسبة للمؤثرات المتغيرة. وتجنب الصراع.

الإرشاد النفسي للمراهق

والمراهقة في نظر علم النفس الحديث مرحلة نمو طبيعي وأن المراهق لا يتعرض لأزمة من أزمات النمو طالما صار هذا النمو في مجراه الطبيعي وفقا لاتجاهات المراهق الانفعالية والاجتماعية:

(5 - 2) مؤشرات التكيف:

ان من ابرز مؤشرات تكيف المراهق هي في مدى تقبله للحقائق المتعلقة بقدراته وامكانياته. مدى استمتاعه بعلاقاته الاجتماعية. وكفاءته في مواجهة مشكلات الحياة اليومية. وتنوع نشاطه وفضوله. ذلك أن هناك فرقا كبيرا بين أن تكون اهتمامات الفرد ضيقة ومحدودة. وبين أن تتسع اهتماماته وميوله لتشمل نواحي الحياة المختلفة.

وتحرك المراهق في كل مرحلة من مراحل حياته دوافع وحاجات أساسية بعض هذه الحاجات فسيولوجية في طبيعتها والبعض الآخر نفسية اجتماعية. واشباع هذه الحاجات والدوافع من الضرورات الأساسية لدى الفرد. من اجل تحقيق التكيف والشخصية السوية والصحة النفسية السليمة.

ولا يتحقق ثبات اتجاهات الفرد ومواقفه الا مع توافق خط فكري واضح وخلفية فلسفية عميقة تصدر عنها أحكام الفرد وتصرفاته المختلفة. ذلك أن تكوين فلسفة واضحة في الحياة ليس أمرا سهلا. وانما هي عملية تدريجية تتأثر بما يكونه الفرد من قيم خلال حياته وخبراته المتنوعة في الأسرة والعمل والدراسة. وفي خلال اتصالاته الاجتماعية. كما تتأثر أيضا بثقافة الفرد. وما يبذله من جهد في حياته. ومن اتصالات يقوم بها.

ولاشك في أن قدرة الفرد على تحمل مسؤولية أفعاله. وما يتخذ من قرارات هو احدى علامات التكامل والصحة النفسية في آن واحد. كما ان التهرب من المسؤولية هو دلالة على عدم تفاعل النضج الانفعالي. وان المسؤولية ترتبط ارتباطا وثيقا بالنضج والرشد. مما يعني افتقار المراهق اليها، وانه لم يصل الى النضج الوجداني والاجتماعي الكافي. وان هناك خطأ ما او قصورا في تنشئته، وفي تطبيعته الاجتماعي.

(5 - 3) العوامل الأساسية في التكيف:

إن شخصية المراهق قد تصطدم في غالب الأحيان بعدد من العوامل التي تساعد في احداث سوء التكيف لديه

فالحاجات الأولية للمراهق كحاجته الى الطعام والشراب والراحة والتخلص من الفضلات بحيث لا يستطيع البقاء دون اشباعها. اما حاجاته الشخصية فتتمثل في حاجته الى

المحبة والنجاح والتقدير والاحترام.. الخ. وكلما قل اشباع المراهق لهذه الحاجات، كلما ازداد توتره، وعدم اتزانه الانفعالي. وغلبت عليه ظاهرة الاضطراب التي تضعف قدرته على التوافق.

ثم ان عددا كبيرا من نواحي الاضطراب وعدم التوافق ناتجة عادة من الشروط الفسيولوجية والبيولوجية لبناء الجسم نفسه. فقد يؤدي ضعف عضو في الجسم: كالسمع او البصر الى ابتعاد الفرد نحو العزلة. كما قد يؤدي افراز الغدد في الجسم الى اضطراب في حساسية الفرد ونشاطه مما قد يخلق عددا من المشكلات المرضية بالنسبة له.

وتمثل صورة الجسد لدى المراهق وتقبله لمظهره الجسمي والشخصي. وقد يكون هذا المظهر مألوفاً او غير مألوف. حيث يسبب التوازن اضطراباً في شخصية الفرد نفسه مما تساعد على عدم توافقه وتكيف.

وتعتبر مرحلة الطفولة من اهم المراحل التي يمر بها المراهق في حياته حيث تتشكل قدراته وانماط سلوكه، وشخصيته. وان تلك الخبرات التي يمر بها تمثل القاعدة الاساسية في تكيفه او عدمه.

وبالرغم من ان الغالبية العظمى من المراهقين يميلون في مستوى ذكائهم نحو الوسط. الا ان عددا قليلا منهم يميلون نحو الابداع والتفوق او نحو الضعف العقلي. وان هذا التفاوت في القدرة العقلية يشكل ميدانا واسعا لحالات سوء التوافق للفرد

وكذلك فان التفاوت في المستويات الثقافية والاجتماعية لدى المراهقين تؤثر هي ايضا في مستوى التوافق لديهم.

ولمكانة معرفة الانسان بقدراته وامكانياته من حسن تكيفه، وتقبله لما لديه او رفضه وعدم القبول به. وتقديره لمكانته بين اقرانه دور في تكيفه.

وتتم المجتمعات الانسانية بفترات تاريخية تغلب عليها صفة الفوضى والاضطراب وانعدام الأمن مما ينعكس هذا على افراد المجتمع بأشكال مختلفة من سوء التوافق. وازدياد استخدام وسائل الاعلام اليومية في حياة الناس وازدياد التنافس على تقديم المسلسلات والبرامج المثيرة، فانه يخلق اشكالا مختلفة من سوء التوافق. وان عددا كبيرا من حالات الاضطراب النفسي قد تكون ناتجة بشكل مباشر لصدمة او خبرة مفاجئة. وان ايا من العوامل السابقة ما هي التربة التي هيأت هذا الاضطراب، وعمقته في نفس المراهق. وقللت بالتالي من قدرته على التوافق السوي والسليم.

يعتبر تشكيل لدى المراهق حدثاً طبيعياً، إلا أنه يمثل تحولا في النمو الانساني لما يحدثه من آثار على مهاراته النفسية والاجتماعية. واختبار لخصائصه الشخصية وللعديد من القضايا السياسية والدينية والقيم الأخلاقية والاهتمامات المهنية. وما يتضمنه من أدوار جنسية وسلوك جنسي. مما يستدعي تشكيل الهوية من خلال الأدوار المختلفة التي يمارسونها (Berk, 2007).

ويتضمن تشكيل الهوية تعريفا لمن يكون الفرد وما هي قيمه. ويمثل الاتجاه الذي يختاره في حياته قوة دافعة للكثير من الالتزامات في الحياة نحو التوجه الجنسي، والمهنة والنماذج الأخلاقية والسياسية والدينية والثقافية. وتورد شريم (2009) آراء انجلر Engler في تطوير الفضيلة أو قوة الأنا إلى الإخلاص Fidelity وأن المراهقين مستعدون لأن يكونوا مخلصين Faithful لوجهة نظر أيديولوجية. وبدون الإخلاص فإن الشاب الصغير قد يملك أنا ضعيفة. تعاني من اضطراب القيم أو أنه قد يبحث عن مجموعة منحرفة ليكون مواليا أو مخلصا لها.

وتتشكل الهوية عندما يعمل المراهقون على حل ثلاث قضايا رئيسية هي المهنة وتبني قيم يؤمنون بها ويعيشون وفقا لها. وتطوير هوية جنسية مرضية حيث يكتسب الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة المهارات اللازمة للنجاح في ثقافتهم. وعندما ينتقلون إلى مرحلة المراهقة فإنهم يحتاجون إلى إيجاد طرق لاستخدام هذه المهارات. وقد يتعرض المراهقون لممارسة سلوكيات قد تكون نتائجها سلبية وذات خطورة عليهم عندما يواجهون مشكلة في الاستقرار على هوية مهنية. أو عندما تكون الفرص محدودة ظاهريا أمامهم.

ويعتقد أريكسون في هذا المجال أن المراهقين يعانون من أزمة الهوية ويرى بأنها فترة مؤقتة من القلق والاضطراب عندما يقومون باختبار البدائل قبل الاستقرار على القيم والأهداف. أما المراهقون الذين يمرون عبر عملية تحليل الذات. فإنهم يصلون إلى تحقيق هوية ناضجة بحيث يختبرون الخصائص التي تصف ذواتهم في مرحلة الطفولة. ويدمجونها بالمسؤوليات الجديدة. ومن ثم يشكلون منها مركزا داخليا راسخا ليوفر لهم الإحساس بالتماثل Sameness عندما يمرون بالأدوار الحياتية اليومية المختلفة.

(1) مكونات الهوية Component of Identity:

تتضمن الهوية العديد من المكونات الجسدية، والجنسية، والاجتماعية، والمهنية، والأخلاقية، والأيدولوجية، والخصائص السيكولوجية التي تشكل مجمل الذات. وقد حدد سانتروك (Halonen & Santrock, 2009) مكونات الهوية عند المراهق من عدة أجزاء من أبرزها:

1. **الهوية المهنية Vocational/ Career identity**: وهي المهنة ومسار العمل الذي يود المراهق اتباعه.
2. **الهوية السياسية Political identity**: التوجه السياسي للمراهق والحزب الذي ينتمي اليه.
3. **الهوية الدينية Religious identity**: وهي المعتقدات الروحية للمراهق.
4. **الهوية المعرفية والإنجاز Achievement intellectual identity**: وتشير الى مدى دافعية المراهق للإنجاز والمعرفة.
5. **الهوية الجنسية Sexual identity**: وهي الجنس الذي ينتمي اليه المراهق وتوجهه الجنسي (غيري الجنسية، مثلي الجنسية أو ثنائي الجنسية).
6. **الهوية الثقافية Cultural identity**: وتشير الى أي جزء من العالم الذي ينتمي اليه المراهق.
7. **الاهتمامات Interests**: وتشير الى نوعية الأشياء التي يحب المراهق ممارستها والتي قد تتضمن: الرياضة، والموسيقى، والهوايات وغيرها.
8. **الشخصية Personality**: وتعني الخصائص الشخصية للمراهق كأن يكون انبساطيا، أو انطوائيا، وقلقا أو هادئا، ودودا أو عدوانيا، مرنا أو متزمنا. وهكذا.
9. **الهوية الجسدية Physical identity**: وتشير الى صورة الجسد كما يراها المراهق.

(2) العوامل المؤثرة في تشكيل الهوية وتطورها:

هناك عدد من العوامل التي تؤثر في تشكيل الهوية وتطورها. أشارت إليها بيرك (Berk, 2007) على النحو التالي:

- **العمليات المعرفية**: تتضمن العمليات المعرفية طريقة المراهق في التمسك بالمعتقدات والقيم السائدة لديه.
- **ممارسات التربية الوالدية**: توجد علاقة بين الممارسات الوالدية لتربية المراهق وهويته. فعندما تكون الأسرة بمثابة قاعدة الأمان فإن المراهق ينطلق منها بثقة نحو عالم أوسع. والمراهق الذي يشعر بالتعلق بوالديه ولكن يمتلك حرية ابداء رأيه. أميل لأن يكون في منزلة الهوية المنجزة أو المؤجلة. أما المراهق ذو الهوية المكبلة والذي عادة ما تكون لديه روابط قوية مع والديه. ولكنه يفتقد فرص الانفصال الصحي عنهم. أما المراهق الذي يمتلك هوية مشتتة فهو أكثر اشارة الى وجود مستويات متدنية من الدفاء والاتصال المنفتح داخل المنزل.

الإرشاد النفسي للمراهق

- **السياق الثقافي الأوسع والفترة التاريخية:** ويؤثر السياق الثقافي والفترة التاريخية في تشكيل الهوية وتطورها. وللتأثيرات الاجتماعية كذلك دور بالنسبة لبعض المشكلات المرتبطة بالجماعات العرقية والأقليات.

(3) اضطراب الهوية:

يكمن اضطراب الهوية وتشتت الدور لدى المراهق بالنتائج السلبية لأزمة الهوية ويفسر أريكسون ذلك بأن المراهقين يبدوون سطحيين وليس لديهم توجه معين سواء بسبب الصراعات السابقة التي واجهته والتي حلت على نحو سلبي، أو لأن المجتمع يقيد خياراتهم على نحو يتناسب مع قدراتهم ورغباتهم ويؤدي بالتالي إلى عدم قدرة المراهق في ادراك ذاته كعضو منتج في المجتمع الذي ينتمي إليه. (Berk, 2007).

وتشير باباليا واولدز (Papalia & Olds, 2006) إلى أن بعض مستويات الهوية يعتبر طبيعياً. وأن الطبيعة المضطربة التي تظهر على سلوك المراهق تفسر أسباب تشكيل الزمر أو جماعة الرفاق والتي تمثل في حد ذاتها دفاعات ضد اضطراب الهوية.

وقد يفشل المراهق في تحقيق المهام المطلوبة منه، مما يؤدي إلى تشكيل هوية غير ناضجة. وقد تظهر هذه الهوية عندما لا يتمكن المراهق من اختبار البدائل بفعالية. فيقبل معتقدات وتوقعات والديه قبل أن يمتلك فرصة لاختبارها.

وقد يعاني المراهق من اضطراب الهوية Identity diffusion فيجد نفسه ملتزماً بأهداف أو قيم ضئيلة، غير مبال في البحث عن هويته هو. وقد يتبنى هوية سلبية معاكسة لما هو متوقع منه. وبعض المراهقين ممن لا يزالون في طور البحث عن هوية لهم. فأنهم يصنفون في طور التأجيل أو التوقف Moratorium.

(5-5) المراهق وأسرته:

إن أهم المشكلات التي يتعرض لها المراهق في حياته اليومية والتي تحول بينه وبين التكيف السليم. هي علاقة المراهق بالراشدين. وعلى وجه الخصوص الآباء ومكافحته التدريجية للتحرر من سلطات الراشدين من أجل أن يصل إلى مستوى الكبار من حيث المركز والاستقلال. لكنه يواجه مطالب تبعية الطفل لأسرته فعليه أن يذهب إلى المدرسة، وتدخل الآباء في شؤون الخاصة. فينهالون عليه بأسئلة مثل:

أين كنت؟ ومع من تذهب؟ وما الذي استمتعت له في الراديو.... إلى غير ذلك من الأسئلة التي تتيح للآباء التدخل في شؤونهم الخاصة. وهم بذلك إنما ينكرون عليه سعيه كي يصبح كبيراً ويتحمل مسؤوليات مجتمعه.

1) بنية الأسرة:

تشكل الأسرة عادة من عدد من الافراد الذين يشكلونها. وهم الأب والأم والاخت والاخوات. وترتبط بنية الأسرة وتركيبها بما تقوم به من وظائف وكيفية تأديتها لها. وكيفية تأثير التربية الوالدية على الأبناء.

وأوردت شريم (2009) إلى أن الأسرة تقوم بأربع وظائف رئيسية هي:

1. التنشئة الاجتماعية للأطفال: حيث تمثل الأسرة الوحدة الاجتماعية الأولى والأكثر أهمية في التأثير على الأطفال. كما تمثل العالم الاجتماعي الأول الذي يواجهه الطفل. حيث يتعلم الأفراد الاتجاهات والسلوكيات والأدوار الاجتماعية التي يعتبرها أعضاء مجتمعهم مناسبة لهم.
2. غرس القيم الأخلاقية: وتمثل أحد أهم جوانب عملية التنشئة الاجتماعية غرس القيم الأخلاقية وتعليم الاخلاق. وتدريب الأبناء لأن يكونوا مبالين الى الخير.
3. الانجاب وتنظيم النشاط الجنسي: وتعتبر الأسرة الوحدة الاجتماعية التقليدية للانجاب. والأسر هي التي تعلم أبناءها المعايير الاجتماعية المرتبطة بالسلوك الجنسي. وما مقبول وما هو غير مقبول من سلوكيات مرتبطة بالجنس والنشاط الجنسي.
4. توفير الأمن الجسدي والعاطفي: وتعتبر الأسرة من الزاوية التقليدية المزود الرئيسي للشعور بالهناء والراحة لدى أبنائها. وهي التي توفر الملبس والغذاء والمأوى لهم.

2) اختلاف الاجواء المنزلية:

ان مستوى المراهق من التكيف والنمو يتوقف الى حد كبير على تجاه الوالدين وعلى الجو النفسي والاجتماعي السائد في المنزل. فالاجواء المنزلية ليست من نمط واحد. وهي تختلف من منزل لآخر:

1. المنزل النبذ:

فقد اثبتت الدراسات المختلفة ان هناك منازل لها طابع النبذ. وقد نسال أنفسنا:

- من الذي يقوم بالنبذ هل هي الأم؟ ام الأب؟ أم كليهما؟
- وما الدور الذي يلعبه الاشقاء ان وجد؟
- هل يعيش الاقارب الكبار في المنزل؟
- وان كان كذلك فما الدور الذي يلعبونه؟
- وما دور الضيف الطارئ او صديق الاسرة؟
- ما مصادر الاطمئنان والحب التي يحصل عليها المراهق خارج المنزل؟

الإرشاد النفسي للمراهق

كل هذه العوامل وعوامل أخرى عديدة يجب ان تؤخذ بعين الاعتبار عند النظر الى موضوع المنزل النابذ وتأثيره على تكيف المراهق. قد نرى ابا نابذا واما تسرف في العطف في نفس المنزل مما يجعل نظام البيت غير مستقر وصراعا مستمرا بين القبول والنبذ. مما يخلق حوا غير هادىء من النمو النفسي للمراهق. ولا تساعد بالتالي على التكيف السليم له. مما ينتج عنه مراهقا غير متكيف يميل الى قضاء مزيد من وقته خارج المنزل. وبالنسبة للفتيات المراهقات قد تقبل بأي زواج يخرجها من منزل والديها. اعتقادا منها ان اي منزل سيكون افضل من منزلها.

2. المنزل الديمقراطي:

يمثل المنزل الديمقراطي عاملا مهما من عوامل التكيف الايجابي. فسياسة المنزل التي تقوم على الحرية والديمقراطية واحترام الابوين لفردية المراهق وعدم فرض السلطة لتوجيهه يساعد المراهق في:

- تسهيل عمله نحو الاستقلالية وتنميتها والنظر اليها على انها شخصية فريدة لها قدراتها وميولها واتجاهاتها. وان تتاح لها فرصة التنمية الى اقصى حد ممكن.
- اعطائه الحرية في تفكيره وتعبيره وفي اختيار نوع عمله. في حدود مصلحة الجماعة واهدافها العامة.

ان اساليب المنزل الديمقراطي تخلق مراهقة تستطيع ان تتحمل التبعات وتمارس العباء الحياء. مراهقة مستنيرة قادرة على التفكير السليم والتعاون وتحمل المسؤولية والنهوض بالمجتمع. (فهمي، 1995)

3. المنزل المتسامح:

ان اي معاملة تقوم على التسامح المعقول تجعل تكيف المراهقين اسهل تحقيقا. ذلك ان اسلوب التسامح في المعاملة يعطي المراهق شعورا بالامن الحقيقي. ويخلق له جوا يستطيع فيه ان يتجه نحو الاستقلال الشخصي والتحرر التدريجي. ولكن عندما يتحول التسامح الى تساهل زائد او حماية زائدة. فان النتائج تكون سيئة. وتشير الدراسات في هذا المجال الى ان المراهقين الذين تظهر منازلهم اهتماما زائدا بهم. يكون سلوكهم اقرب الى سلوك الاطفال. وبالتالي فان هذا الاسلوب في الحماية الزائدة يعيق السلوك الاستقلالي للمراهق.

4. المنزل الذي تسود فيه السلطة والتحكم الابوي:

قد تحول السيطرة الابوية رغبة المراهق في الاستقلال واخذ مكانه كفرد ناضج في العالم الاقتصادي والاجتماعي. فالاب المتسلط هو ذلك الشخص الذي يفرض قدرا كبيرا من

السيطرة على المراهق. ويكون صارما ومستبدا معه يهدده ويؤنبه. ويحاول دفعه الى مستويات لا تلائم سنه او نموه. فعوامل السيطرة تعيق نمو المراهق وتحد من استمراريته.

(3) العوامل البيئية التي تؤثر في المراهق:

هناك عوامل بيئية متعددة يمكن ان تظهر في بيت اي مراهق. وتؤثر على درجة تكيفه. بعض هذه العوامل يتصل بالجو السائد في المنزل:

- هل هو من النوع الذي يسوده الوئام؟
- أم هو من النوع المفكك؟
- أم ان هناك عوامل ذات علاقة بالمركز الاجتماعي والاقتصادي للأسرة؟
- أم ان هناك عوامل أخرى تلعب دورا هاما في النمو؟ كترتيب المراهق في العائلة، والاختلافات في الجنس وتغيير الوطن.... أم غير ذلك:

1. البيت المفكك:

اثبتت الدراسات المختلفة على ان المراهقين الذين كانوا يعيشون في بيوت مفككة. كانوا يعانون من مشكلات عاطفية وسلوكية وصحية واجتماعية. وان غالبية المطرودين من المدرسة بسبب سوء التكيف كانوا من بين ابناء البيوت المفككة. كما اثبتت الدراسات ايضا ان الاطفال الذين طلق ابواهما او انفصلا ظهر لديهم ميل شديد للغضب ورغبة في الانطواء. وكانوا اقل حساسية للقبول الاجتماعي. وقل قدرة على ضبط النفس واكثر ضعفا. (فهمي، 1995).

2. ترتيب وضع المراهق في العائلة:

فأطفال الاسرة الواحدة يؤثر بعضهم في بعض تأثيرا له مميزاته وخصائصه. ونجد في احيان كثيرة علاقات اكثر التصاقا بين الاخ واخته وعلاقات طيبة بين الاخوين بالرغم من اختلاف السن بينهما. وهنا نتساءل:

- هل الاطفال الاصغر سنا دائما ما يحمون حماية زائدة؟
- وهل الاطفال الاكبر سنا يجدون قبولا اكبر او اقل عندما يأتي اطفال آخرون؟
- هل يكون المولود الأول مفضلا دائما؟
- وما مركز الابن الأخير والابن الوحيد؟
- وهل يعتبر ترتيب الفرد بين اخوته عاملا هاما في تثبيت شخصيته أو في انشاء أنماط محددة للصعوبة في التكيف؟

الإرشاد النفسي للمراهق

وتشير الدراسات في هذا الصدد الى ان مركز الطفل الاول في الاسرة يتيح له فرصا طيبة لكي ينمو ويزيد من قدرته على القيادة. ووجود الطفل الاول في الاسرة يؤثر في الطفل الثاني وخاصة اذا كان الفارق بينهم في السن ملحوظا. وعندما ينمو الطفل الثاني ويتزعزع ويدرك ما حوله لا يجد الوالدين من حوله فحسب بل يجد كذلك في الميدان اخاه الاكبر الذي سبقه في الميلاد والذي يفوقه قوة ويكبر عنه جسما ووزنا. وكلما ازداد ادراك الطفل الثاني فانه يلاحظ انه اصبح في مرتبة ثانوية في المعاملة. ولو نظرت الى الطفل الاوسط في العائلة فانه يكون في موقف لا يحسد عليه. اذ يكون مهاجما من الامام عن طريق الاخ الاكبر ومن الخلف عن طريق الاخ الاصغر. اما الطفل الأخير في العائلة فتحدد مركزه عدة عوامل من ابرزها.

- اختلاف معاملة الوالدين له عن بقية اخوته واخواته.
- ميل الوالدين لاطالة مدة طفولته لأن الوالدين يكونان قد تقدما في السن. واصبح املهما في انجاب اطفال جدد محدود.

اما الطفل الوحيد في الاسرة فتبدو فرص تكيفه محدودة. فقد اشارت الدراسات في هذا المجال الى افتقار الطفل الوحيد في الاسرة للخبرات التي يمكن ان يكتسبها مقارنة بالخبرات التي يكتسبها الاطفال الآخرون حيث التفاعل بين الطفل والاخوة والاخوات. وبسبب ما يواجهه الطفل الوحيد من صعوبات. فانه ينشأ نشأة لا تساعد على التكيف الاجتماعي. فنجدته عنيدا صعبا حساسا ميالا للعزلة مترددا كثير الاعتماد على والديه. وهي صفات لا تدل على النضج الكامل.

3. الاختلافات في الجنس:

يشارك الاطفال الذكور والاناث معا في ميولهم بدرجة تجعلهم غير متنافرين ولكن عندما يتقدم بهم العمر فاننا نلاحظ مظاهر الفرقة بينهم والتي تتمثل في الآتي:

- شعور الصبي بالسيطرة على البنت لأنه ذكر، فتشعر البنت بالحق على الذكر. ويتولد لديها شعور بأنها اقل منزلة من الذكر.
- يخلق الوالدان معايير خاصة بالصبي تختلف عن معايير البنت. فما يقوم به الصبي من السلوك. قد ترفضه الاسرة اذا قامت به البنت. ويمنح الاولاد الذكور من الحقوق والامتيازات ما نحرمه على البنت. مما يؤثر ذلك في علاقة كل منهما بالآخر ويؤدي بالتالي الى اشعال نار الغيرة في نفوس البنات نحو اخوتهم الذكور.
- وقد تنكر الاسرة ايضا سيطرة الاخت الكبرى على اخوتها الذكور الصغار. بل وربما يحل محل ذلك سطوة الاخوة الصغار على اختهم الكبرى.

4. المركز الاجتماعي والاقتصادي:

أشارت الدراسات الحديثة الى وجود بعض الاختلافات في اتجاهات العائلات من الطبقات العليا والوسطى والدنيا تجاه اطفالهم ومراهقيهم.

وتهدف الاسر من فئة الطبقات العليا ان يحصل ابنها على مجد كبير. وغالبا ما يرغب الاباء في ان يحمل الابن اسم العائلة. وان تسند اليه اعمال الاسرة الواسعة ومسؤولياتها. وكذلك المركز الاجتماعي في مثل تلك الاوساط.

اما في حالات الاسرة من الطبقات الدنيا. فان الابناء عادة لا يفتقرون الى العطف او الحب في البداية. الا انه عندما يكثُر الابناء. تتضاعف معها المسؤوليات الاقتصادية. وهنا تبدأ معاملة الآباء للأبناء تتغير. ويتوقع الآباء ان يسلك ابناءهم سلوك الكبار في سن مبكرة. لأن الكبار ليس لديهم احساس بعالم الصغار. وان التربية من وجهة نظرهم تقوم على الطاعة والعقاب الجسماني. وبالتالي فان مثل هذه الاتجاهات لا تعطي فرصة للمراهق لأن ينمو نموا متكيفا سليما.

ويقوم نمط المعاملة في الاسرة المتوسطة على اساس من الرقابة الشديدة. دون اتباع النظام الصارم. وفي الوقت ذاته لا يستعمل العقاب الجسدي الا نادرا ويستبدل هذا العقاب بالتأنيب. ويلجأ افراد الاسرة المتوسطة الى الرقابة الشديدة. خشية ما يقوله الناس عن سلوك ابنائهم. ولا تدل هذه الرقابة على نبذهم لأبنائهم. بل على العكس من ذلك فهم مرغوب فيه.

وتطرق الباحثون في دراساتهم الى اثر الحالة الاقتصادية في الاسرة على أن نظام المنزل والترتيبات العائلية الداخلية يتأثر بشكل غير مباشر على النمو. وعلى العلاقات بين الاخوة والاخوات. ومدى امتلاك المراهق لغرفة مستقلة له وحده في المنزل ومدى الحرية الممنوحة له في التصرف بها بعيدا عن عين الكبار. ومدى قدرة المراهق على احضار اصدقائه للمنزل

5. تغيير الوطن:

في حياتنا المعاصرة، أصبح تغيير الوطن بالنسبة للفرد يشكل مظهرا عاما من مظاهر الحياة الحديثة. وعاملا هاما ومؤثرا في تكيف المراهق الاجتماعي. وفي علاقاته مع عائلته والعائلات. ويسبب تعقيد الحياة والمرتبات الاحسن والتنظيمات الحكومية المتزايدة. تضطر كثير من الاسر الى الانتقال الى بلد آخر طلبا لاكتساب الرزق. مما ينتج عنه عدم قامة المراهق في منزله مدة طويلة او حتى في بلدته التي ولد وترعرع بها. وبالتالي. اضطراب المراهق في علاقاته الاجتماعية وبناء صداقات جديدة في كل مرة يحدث فيها هذا الانتقال. كما يعاني المراهق ايضا من النواحي الاكاديمية وتغير الثقافات من مجتمع الى مجتمع آخر.

(5 - 6) المراهق والحياة المدرسية:

(1) المشكلات التعليمية واتجاهاتها:

كان الآباء في الزمن الماضي يشعرون أن مسؤولياتهم نحو أبنائهم تنتهي بمجرد دخول أبنائهم إلى المدرسة. فتنتقل مسؤولية رعاية الأبناء إلى المدرسين إلا إذا ظهر أن التلميذ عاجز أو غير متقبل لنظام المدرسة. ولكن تغير هذا الاتجاه في الآونة الأخيرة. وأصبحت المجتمعات أكثر إدراكاً للمشاكل المدرسية الخاصة بالمراهقين والمراهقات. التي ما فتئت تطرح العديد من الأسئلة التي ترتبط بحياتهم المدرسية (فهمي، 1995):

- هل يجوز للفتى أو الفتاة اختيار المدرسة الثانوية التي سيلتحق بها؟
- هل يرغب المراهق على الدراسة في الوقت الذي يفضل فيه الالتحاق بعمل ما؟
- ما هي الظروف المشجعة على الدراسة بالمنزل؟
- هل من الأفضل أن يعطى الطالب واجبات كثيرة بحيث لا تتيح له وقتاً كافياً للفراغ؟
- ما هي أحسن الوسائل للمذاكرة؟
- هل من الممكن أن يكون الفرد ناجحاً في مادة وفاشلاً في أخرى؟
- لماذا يصعب على بعض الطلاب الوقوف والتحدث في الفصل؟
- ما أكثر المواد الدراسية ملائمة للفتى والفتاة؟
- لماذا لا يعطى الطالب الحرية في اختيار المواد التي يرغب في دراستها؟
- هل يرغب الطالب على دراسة مواد ليس لها قيمة في الحياة العامة؟
- كيف يمكن للطالب كسب الأصدقاء في المدرسة؟
- لماذا يكون بعض الطلاب محبوبين جداً، بينما آخرون على عكس ذلك مجهولين لا يحس بهم أحد؟
- كيف يمكن إرضاء المدرسين خصوصاً الذين يثورون دائماً؟
- إلى أي حد يجب أن تصل الصداقة بين الطلاب والمدرسين؟
- هل للعمل بعض الوقت أثر على النجاح المدرسي؟

توضح هذه الأسئلة وأسئلة أخرى عديدة مدى ما يعانيه المراهقون من مشكلات وما هية التكيف الذي يمكن أن يحدث بين هؤلاء المراهقين ومدرسيهم. وحتى بين المراهقين أنفسهم داخل باحات المدرسة وخارجها. وما مدى تقديم خدمات التوجيه والإرشاد من قبل المدرسة لمواجهة تلك المشكلات. ويمكن إجمال مشكلات التكيف التي يواجهها المراهقون في حياتهم المدرسية بالآتي:

1. اختيار المدرسة أو الكلية الملائمة:

ذلك ان اختيار المراهق لنوع دراسته الثانوية (علمي، أدبي، تجاري، صناعي، زراعي،...) الخ) او الجامعية تخضع في كثير من الحالات الى رغبة الآباء من جهة، والى القواعد والتنظيمات التي تفرضها السلطات التعليمية من جهة أخرى. دون مراعاة لرغبات واتجاهات الطلبة. مما يدل على ان حرية اختيار المراهق لدراسته يمثل عاملا مهما لضمان نجاحه. ويجنبه الفشل في حياته الدراسية والعملية في المستقبل.

2. انماء عادات دراسية صالحة:

المراهق المحظوظ هو الذي تتاح له فرصة الحصول على حجرة خاصة به. ينفرد بها ويتابع دراسته بهدوء بعيدا عن مشاغل المنزل. وبالرغم من كلا من المراهق والمراهقة يجب ان يأخذا نصيبهما من المسؤوليات المنزلية. الا ان هذه المسؤوليات يجب ان تحدد بحيث لا تتعارض مع الوقت المخصص للدراسة والاستذكار. كما يجب ان يسمح للمراهق بالاستذكار لفترة وبعدها الاسترخاء او يزاول نشاطه الاجتماعي ولعل من المفيد ان يقوم الآباء والمدرسين بمساعدة الابناء الطلبة وضع جداول تحدد فيها فترات الاستذكار والاسترخاء والقيام بالانشطة الاجتماعية بما يحقق نموا سليما للمراهق ويزيد من مستويات تكيفه.

(2) أهمية المنهج الدراسي في اعداد المراهق ونموه:

المنهج الملائم المدروس على اسس تربوية ونفسية سيكون اكبر عون للطالب للتفكير باستقلال والتدريب على السيطرة على عواطفه وتحمل المسؤولية كفرد يسهم في بناء الجماعة. ويجب ان تساير المناهج الحديثة متطلبات العصر وتطوره الهائل في تكنولوجيا المعلومات والوسائط المتعددة والاستفادة من كل الخبرات والمعلومات في اكساب المراهقين للخبرات التي تعد الطالب لطرق الحياة الايجابية السليمة والنشاط الخارجي الذي يبني في شخصيته المواطنة الصالحة.

(3) النشاط الاجتماعي في المدرسة:

وكثيرا ما يشعر الطالب الجديد في المدرسة الثانوية بالرهبة لمواجهة زملاء جدد في بيئة جديدة لم يتعود عليها بعد. ومن هنا يأتي دور المعلمين في مساعدة هؤلاء الطلبة ازالة هذا الشعور ومنحهم اكبر فرصة للتأقلم في البيئة المدرسية الجديدة. وذلك بتنظيم الرحلات واشراك الطلبة في الندوات والانشطة الصفية واللاصفية التي تقيمها المدرسة وتعود الطلبة على النظام المدرسي الجديد الذي التحق به.

1. الاشتراك في النوادي المدرسية:

وكذلك يجب تشجيع المراهقين على الاشتراك في النوادي بحيث يصبح عضواً في واحد أو أكثر من النوادي التي توفرها المدرسة في سبيل تطوير شخصية الطالب ودمجه في الحياة الاجتماعية التي تمارس بشكل أوضح خارج قاعات الدراسة. وفي البداية ربما لا يرغب الطالب الاشتراك في النادي بالرغم من حاجته لمثل تلك الأنشطة التي يوفرها هذا النادي. وعلى المعلمين تشجيع طلبتهم وتوجيههم وتوفير فرص الالتحاق بالنادي لهم. فالنادي المدرسي يعد أحد أنواع النشاط الاجتماعي المدرسي واحد أهم الوسائل التي تعتمد عليها المدرسة في تحقيق التنشئة الاجتماعية للطالب. لما لمثل هذا النوع من النوادي من توفير الجو الملائم لممارسة النشاط الحر في أوقات الفراغ التي تتخلل اليوم المدرسي طوال العام الدراسي.

2. الجمعيات التعاونية المدرسية:

ويحقق التعاون المدرسي للطالب نتائج تربوية عديدة في تكوين العادات الصالحة. وتوجيه السلوك الجماعي السليم واكتساب الطلاب مهارات في تكوين العلاقات الاجتماعية والخبرات والمعارف الجديدة المرتبطة بالنشاط التعاوني فضلاً عن اكتساب المميزات والاتجاهات الصالحة التي تساعد كثيراً على خلق المواطنة الصالحة.

3. جمعيات الخدمة العامة المدرسية:

ومن أهم النشاط الجماعي المدرسي اتجاه المدرسة الحديثة إلى إنشاء جمعية الخدمة المدرسية العامة التي تهدف إلى تهيئة الظروف الملائمة لتنشئة الطلاب تنشئة صالحة. واكتساب الطلبة المهارات والاتجاهات الصالحة للإسهام بواجبهم للخدمة المحلية العامة في بيئتهم والخدمة القومية في مجتمعاتهم. كما تدربهم على القيام بواجبهم نحو خدمة مدرستهم عن طريق اشتراكهم في شعب النشاط المهني (كهرباء، ميكانيك، تجارة، نجارة.. الخ) من أجل المساهمة في إنتاج ما تحتاجه المدرسة من أثاث وأدوات بسيطو وصيانة ممتلكاتها تلك.

4. العلاقة بين المدرس والمراهق:

1. العلاقات الانسانية (بين المعلم والطالب):

العلاقة بين المعلم والطالب علاقة هامة جداً في تطوير شخصية الطالب وتقديمها. كما تعتبر المفتاح الموصل إلى نجاح الموقف التعليمي أو فشله. ومن ثم يحرص المشتغلون في الصحة النفسية إلى إدخال الوسائل والأساليب التي قد تبدو في ظاهرها تافهة ولكنها في حقيقة الأمر تؤدي إلى تكوين العلاقة الحميمة بين الطالب والمعلم وكلما اقترب المعلمون من طلبتهم أكثر

فأكثر كلما حقق المعلم نجاحا اكبر في العملية التعليمية التعلمية التي يمارسها كمهنة في مدرسته.

2. المعلم بدیل الأب:

والمعلم هو الأب والأخ والصديق للطالب المراهق. يجد المراهق فيه المنقذ الأعظم للمشكلات التي يواجهها في حياته. وكثير من المعلمون لا يعرفون حقيقة ان المعلم في المدرسة هو بدیل الأب في المنزل. ان الطالب الذي حرم من حنان الابوة داخل منزله سوف يبحث عنها في مدرستها. فاذا ما وجد معلما حنوناً يعطف عليه ويمسك بيده فانه سيقرب منه اكثر فأكثر. اما اذا تنكر المعلم لصفة الابوة في تعامله مع طلابه فسوف يجد ردود الفعل السلبية من قبل الطلبة وسوف يجد النفور والتمرد والشغب يطال هذا المعلم بحيث يتخذ الطالب من السلطة ممثلة في معلمها هدفا للعدوان.

3. مشكلات التكيف في المدرسة الثانوية:

في دراسة اجراها فهمي (1995) لمعرفة المشكلات الشائعة بين طلبة المدارس الثانوية بمدينة القاهرة في جمهورية مصر العربية. وبلغت عينة الدراسة 243 طالبا وطالبة طبق عليهم قائمة موني لضبط المشكلات المكونة من احد عشر مجالا اوضحت نتائجها ان المشكلات التي يعاني منها الطلبة هي على النحو التالي:

في المدارس الثانوية للبنات	في المدارس الثانوية للبنين
<p>أولاً: المشكلات الصحية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ اتعب بسرعة ■ اشكو ضعف عيني ■ اعاني من اضطرابات العادة الشهرية ■ كثيرا ما اعاني من الصداع ■ لا اقوم بتمارين رياضية كافية 	<p>أولاً: المشكلات الصحية والجسمية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ اتعب بسرعة ■ اشكو ضعف عيني ■ لا اقوم بتمارين رياضية كافية ■ لست قويا وصحيحا بالدرجة الكافية ■ وزني اقل من اللازم
<p>ثانياً: المشكلات الاقتصادية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ اتمنى ان نتمكن في حي غير حينا ■ اريد ان احصل على بعض المال بجهدى الخاص ■ اريد ان اعرف كيف ادخر من نقودى ■ ليس لي غرفة خاصة بالمنزل ■ والدي يشقى كثيرا في العمل 	<p>ثانياً: المشكلات الاقتصادية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ احتاج الى عمل اشتغل به في العطلة فقط ■ اريد ان احصل على بعض المال بجهدى الخاص ■ اريد ان اعرف كيف ادخر من نقودى ■ ليس لي غرفة خاصة بالمنزل ■ والدي يشقى كثيرا في عمله

في المدارس الثانوية للبنات	في المدارس الثانوية للبنين
<p>ثالثا: مشكلات وقت الفراغ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ارتبك عند مقابلة الناس لا اجد شيئا مسليا افعله في العطلة الصيفية لا اجد فرصا كافية للاستمتاع بالطبيعة لا تتاح لي فرصة كافية للذهاب للسينما لا يسمح لي عادة بالخروج ليلا 	<p>ثالثا: مشكلات وقت الفراغ:</p> <ul style="list-style-type: none"> احتاج ان اثقف نفسي ثقافة اوسع اشعر كأني مقيد عند وجودي في المجتمعات تنقصني المهارة في الالعاب الرياضية لا يوجد مكان مناسب لممارسة الرياضة قرب مسكني ليس لي فرصة كافية لممارسة الرياضة
<p>رابعا: المشكلات الجنسية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ارتبك عند الحديث مع احد افراد الجنس الآخر لا استطيع ان اسأل والدي عن اي مسألة جنسية لا يسمح لي بصداقات مع الجنس الآخر يحيرني امر مقابلة الشبان لفتيات يحيرني موضوع العلاقات بين الجنسين 	<p>رابعا: المشكلات الجنسية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ارتبك عند الحديث مع احد افراد الجنس الآخر اود ان اعرف بعض انواع الامراض الجنسية لا اختلط بسهولة مع الجنس الآخر لا استطيع ان اسأل والدي عن اي مسألة جنسية يحق لنا ان نلوم المدرسة لأنها لا تعطينا معلومات جنسية
<p>خامسا: مشكلات التوافق الاجتماعي:</p> <ul style="list-style-type: none"> احس انه لا يوجد من يفهمني ارتبك بمنتهى السهولة اريد ان اصبح محبوبا بدرجة اكبر ان شعوري يחדش لأبسط الاشياء انني خجولة 	<p>خامسا: مشكلات التوافق الاجتماعي:</p> <ul style="list-style-type: none"> اريد ان اصبح محبوبا بدرجة اكبر ان شعوري يחדش لأبسط الاشياء انني خجول انني شديد الغيرة او الحسد لا اجد من اتحدث اليه في مشاكل
<p>سادسا: المشكلات الانفعالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> اثور وافقد اعصابي بسرعة اسرح كثيرا في الخيال انفعل بسرعة لأبسط الامور انني كثيرة القلق ما اسرع تساقط الدموع من عيني 	<p>سادسا: المشكلات الانفعالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> اثور وافقد اعصابي بسرعة اسرح كثيرا في الخيال انفعل بسرعة لأبسط الامور انني عنيد جدا ما اسرع تساقط الدموع في عيني

في المدارس الثانوية للبنات	في المدارس الثانوية للبنين
<p>سابعاً: الدين:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ اخاف ان يعاقبني الله في الآخرة ■ اريد ان احس بأنني قريب من الله ■ لا اتردد على المسجد بالقدر الواجب ■ يحيرني تفسير "الله" ■ يحيرني مصير الناس بعد الموت 	<p>سابعاً: الدين:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ اخاف ان يعاقبني الله في الآخرة ■ اريد ان احس بأنني قريب من الله ■ اريد ان افهم القرآن ■ لا اتردد على المسجد بالقدر الكافي ■ يحيرني مصير الناس بعد الموت
<p>ثامناً: المشكلات الاسرية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ انني مشغولة جداً من جهة احد افراد الاسرة ■ بعض افراد اسرتي مرضى ■ لا اصارح والدي بكل شيء ■ لست على وفاق تام مع احد اخوتي ■ والدي يضحيان كثيراً من اجلي 	<p>ثامناً: المشكلات المتعلقة بالاسرة:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ احد والداي متوفي ■ اعاني من وجود منازعات عائلية ■ لا اصارح والدي بكل شيء عني ■ لست على وفاق تام مع احد اخوتي ■ والداي يضحيان اكثر مما يجب من اجلي
<p>تاسعاً: مشكلات التوجيه المهني:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ احتاج الى نصيحة بخصوص ما افعله بعد الانتهاء من الدراسة الثانوية ■ اخشى الا استطيع الالتحاق بالجامعة ■ ارجب في معرفة المزيد عن كليات الجامعة المختلفة ■ انني اتعجل الانتهاء من الدراسة والحصول على عمل ■ يتعذر على ان اقرر نوع الكلية التي سألتحق بها 	<p>تاسعاً: التوجيه التربوي والمهني:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ احتاج الى نصيحة بخصوص ما افعله بعد الانتهاء من الدراسة الثانوية ■ احتاج ان اضع خطة للمستقبل ■ اخشى الا تسمح لي الجامعة بالالتحاق بها ■ ارجب في معرفة المزيد عن كليات الجامعة المختلفة ■ انني اتعجل الانتباه من الدراسة والحصول على عمل
<p>عاشراً: مشكلات العمل المدرسي:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ اشعر بقلق من ناحية الامتحانات ■ لا استطيع التركيز على الدروس ■ لا اعرف كيف اذاكر بطريقة مثمرة ■ لا اقضي وقتاً كافياً في المذاكرة ■ لا اميل الى بعض المواد الدراسية 	<p>عاشراً: العمل المدرسي:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ اجد صعوبة في الاعمال الشفوية ■ اشعر بقلق من ناحية الامتحانات ■ لا اعرف كيف اذاكر بطريقة مثمرة ■ لا اقضي وقتاً كافياً في المذاكرة ■ لا اميل الى بعض المواد الدراسية

في المدارس الثانوية للبنات	في المدارس الثانوية للبنين
<p>حادي عشر: مشكلات المنهج والدراسة:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ بعض الامتحانات قاسية ■ درجات الامتحانات ليست مقياسا صحيحا للقوة ■ ليس لدي مكان مناسب للمذاكرة في المنزل ■ مدرسون لا يراعون احساسات الطلبة ■ مدرسون ليسوا اصدقاء للتلاميذ 	<p>حادي عشر: المنهج والدراسة:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ بعض الامتحانات قاسية ■ درجات الامتحان ليست مقياسا صحيحا للقوة ■ كثير من مدرسينا ضعاف ■ مدرسون تنقصهم الشخصية ■ مدرسون لا يراعون احساسات الطلبة

(5) المسؤولية الارشادية في المدرسة:

يسعى المرشد المدرسي الى تقديم خدماته بشكل مباشر أو غير مباشر للطلبة ووالديهم ومدرسيهم. حيث يمثل الارشاد المدرسي برنامجا يشتمل على مجموعة كبيرة من الخدمات التي يقدمها المرشدون في المؤسسات التعليمية بمختلف المراحل.

وأصدرت رابطة علم النفس الامريكية بان هدف الخدمات الارشادية هو تيسير السلوك الفعال للانسان خلال عمليات نموه على امتداد حياتها كلها. مع التأكيد على المظاهر الايجابية للنمو والتوافق في اطار منظور النمو. والمساعدة على اكتساب او تغيير المهارات الشخصية - الاجتماعية. وتحسين التكيف لمطالب الحياة المتغيرة، وتعزيز مهارات التعامل بنجاح مع البيئة، وتنمية القدرة على حل المشكلات واتخاذ القرارات. وان المشكلات التي يتعامل معها الارشاد المدرسي ترتبط بكل من التعليم والاختيار المهني، والجنس والزواج والاسرة والعلاقات الاجتماعية الأخرى، والصحة والاعاقات الجسمية والصحية. وتشتمل الخدمات الارشادية على: التقدير والتقييم والتشخيص والتدخل والاستشارة وتطوير البرامج والاشراف على الخدمات السيكولوجية الارشادية وتقويمها.

والمرشد المدرسي هو الشخص الذي يمارس مهام التوجيه والارشاد المدرسي في مدرسته ويقدم خدماته الارشادية بـ:

- الالتقاء مع الطلبة حسب برنامج ارشاد معد ومخطط له. ويناقش معهم في جو من الحوار والتفاعل المشكلات والقضايا الحياتية الخاصة بهم.
- التعامل مع الصعوبات التي يواجهونها وتنمية قدراتهم على التكيف السليم وايجاد الحلول المناسبة لها. وتزويد ادارة المدرسة والمعلمين وأولياء امور الطلبة بحاجات الطلبة والخصائص النمائية العمرية التي يمرون بها.

- وضع خطة عمل لكل فصل دراسي بما يتناسب مع حاجات الطلبة والمعلمين والعمل على تنفيذها بالتعاون مع الإدارة المدرسية والعاملين في المدرسة وأولياء الأمور.
- جمع البيانات المتعلقة بالعمل الإرشادي للطلبة التي يقوم بها المرشد التربوي المدرسي وتحليلها وتفسيرها من أجل استخدامها لأغراض تحديد احتياجات الطلبة والأغراض الإرشادية مستقبلاً.
- الاهتمام بإجراء البحوث الإجرائية التي تتعلق بالحلول المقترحة بحل المشكلات التي قد يواجهها الطلبة في المؤسسات التعليمية وتحسين الممارسات العلمية للمرشد.
- توظيف الأنشطة المدرسية كأساليب وقائية وعلاجية للحالات الفردية التي يتعامل معها بالتنسيق مع الإدارة المدرسية والعاملين فيها.
- التعرف على الطلبة الذين يعانون من مشكلات جسمية وصحية والتعامل مع حالاتهم الصحية كل على حدة ومساعدتهم على التكيف مع أوضاعهم الصحية بالتنسيق مع الإدارة المدرسية والعاملين فيها.
- الاطلاع على سجلات الغياب والتأخر المدرسي للطلبة وحصر أسماء الطلبة الذين يتكرر غيابهم أو تأخرهم عن الدوام الرسمي. ومساعدتهم في إيجاد الحلول المناسبة لهم على المستوى الفردي أو الجمعي.
- زيادة الوعي المهني للطلبة في الانتقال من مرحلة عمرية إلى المرحلة التالية.
- المساعدة في حفظ النظام وضبط سلوك الطلبة. والعمل مباشرة مع الطلبة ذوي السلوك غير المرغوب فيه من أجل تعديل سلوكياتهم.
- توضيح أهمية الإرشاد لكل من يحتاجه من طلبة وإداريين وعاملين في المؤسسة التعليمية وآباء وأفراد المجتمع المحلي.

ويرتبط المرشد المدرسي بعلاقات عمل بالإضافة إلى العلاقات الشخصية التي تربطه بجميع هؤلاء العاملين. ويسعى كل من المرشد المدرسي ومدير المدرسة إلى تطوير العملية التعليمية التعليمية. مما يترتب على ذلك التعاون فيما بينهما لتقديم الخدمات الإرشادية المختلفة. وفهم قضاياهم والمساعدة في حل مشكلاتهم. ويحكم موقع مدير المدرسة كمسؤول إداري تقديم العون والمساعدة للمرشد التربوي من خلال إتاحة الفرصة له للتحديث عن طبيعة عمله للأشخاص العاملين في المدرسة والتخطيط معهم لانجاح عمله كمُرشد مدرسي يقدم خدماته الإرشادية وتبادل المعلومات والخبرات التي تحقق إنجاز أهداف المدرسة التربوية.

ولا شك بأن اتجاهات مدير المدرسة تلعب دوراً في رسم نوع العلاقة بينه وبين المرشد كما يلعب المرشد المدرسي دوراً بارزاً في إقامة علاقات جيدة بينه وبين مدير المدرسة. وممارسة دوره

الإرشاد النفسي للمرافق

الإرشادي بشكل ايجابي. فالادارة الديمقراطية ادارة تقوم على الانفتاح والعمل بروح الفريق القائمة على الاحترام المتبادل والدعم والمساندة في تحقيق العمل الارشادي السليم. اما الادارة الدكتاتورية فتتميز بعلاقة تسلطية قمعية تسهم في اعاقه العمل الارشادي وعدم انجاحه. وتقوم الادارة التسببية على مدى الدعم الذي يقدمه كل من المدير والمرشد للآخر. لا تقوم على الاحترام المتبادل بين الطرفين.

وتتميز علاقة المرشد المدرسي باعضاء الهيئة التعليمية في المدرسة بعلاقة زمالة قائمة على الاحترام المتبادل والمحبة والتعاون في مجالات التخطيط وتنفيذ النشاطات الارشادية والتزود بالمعلومات الضرورية والاساسية لانجاح العمل الارشادي في المدرسة.

ولا شك بان العلاقة التي تربط المرشد المدرسي مع الطلبة علاقة احترام متبادل غير مشروط. وتقديم الدعم والتشجيع والمساعدة في تلبية حاجات الطلبة بمختلف جوانب حياتهم الاجتماعية والنفسية والعقلية والمهنية ومساعدتهم في اتخاذ القرارات المهنية وتحسين علاقاتهم مع اصدقائهم وذويهم وزيارتهم في منازلهم اذا تطلب الامر ذلك.

وعلى المرشد ان يعمل في علاقاته مع اولياء امور الطلبة الى تحسين صورة المدرسة واهدافها التربوية لدى اولياء الامور. ويجب ان تقوم العلاقة التي تربط المرشد بأولياء الامور على الاحترام المتبادل والثقة. وتبادل وجهات النظر فيما بينهم كي يسهم الطرفان في مساعدة الطلبة في اتخاذ القرارات السليمة لهم.

(6) إدارة الصف وحل المشكلات:

تنشأ الخلافات الصفية عندما تتعارض مصالح الافراد فيما بينهم مما يعيق الفعاليات الاعتيادية والتأثير على الاهداف التعليمية. ويمثل الصراع حالة يمر فيها الفرد ولا يستطيع ارضاء دافعين معا. ويكون كل دافع منهما قائما لديه. ويتضمن الصراع في الأصل وجود دافعين لا يمكن تلبيتها في وقت واحد. وان كثيرا من حالات الصراع التي نمر بها شعورية. ولكن بعضها يبقى في مستوى اللاشعور. كما أن بعضها الآخر يبدو لا شعوريا. ولكنه ينطوي في الأعماق على عناصر لا شعورية. وفي كل الأحوال يبدو الصراع كثيرا في حياة الانسان الواقعية السوية. ويظهر حركيا ودافعا نحو ايجاد الحل بالنسبة للدوافع المتصارعة. ويحتمل أحيانا أن يكون على شكل انسحاب من الموقف كله. ويلحق الاحباط بذلك. وقد يكون الحل على شكل اشباع دافع دون آخر. ومن الممكن هنا ظهور الاحباط أيضا. وقد يطول الصراع. وهنا تصبح تربية السلوك أكثر خصبا لامكانات ظهور الانحراف.

وقد زخرت الادبيات التربوية والبحثية باستراتيجيات مختلفة في ادارة الصف من خلال اعادة بناء العلاقات بين الافراد وتوجيهها. والاستماع الجيد وباهتمام الى اطراف الصراع

ويحيادية. والعمل على بناء الثقة بينهما والحفاظ عليها. وتحديد طبيعة المشكلة والعوامل المنسكية لها. ومحاولة العمل على ضبط وإدارة المشاعر الوجدانية لأطراف الصراع. ومحاولة تحقيق التوازن في القوى والمسؤوليات بين أطراف الصراع. والاستفادة بصورة شاملة من كل تلك الصراعات وتوجيهها ايجابيا لخدمة المدرسة. (حسين، وحسين، 2007)

(5-7) المراهق وجماعة الرفاق:

جماعة الرفاق جماعة أولية ومرجعية ولها وظائفها، فهي تمنح عالم المراهقة معنى، وتوضح له هويته، ويمارس الرفاق دوراً مؤثراً في تغيير منظومة قيم المراهق سواء من خلال إضافة قيم جديدة أو تعديل السلم الهرمي، أو التنازل عن بعض القيم سعياً لنيل رضا الآخرين وتخفيض التوترات الانفعالية التي تعتريه لدى تعرضه لضغوط الرفاق، خاصة عندما يشعر بالانعزال أو ينأى عن مجموعة الأصدقاء.

وتسهم الصداقة في تلبية الحاجات الاجتماعية والنفسية الضرورية للمراهق، مثل الاستمتاع بصحبة الآخرين عن طريق اللعب المشترك وتمضية الأوقات السعيدة. وينشأ الولاء الذي يعكس مدى تماسك أواصر الصداقة بين جماعة الأصدقاء ليحافظ على استمراريتها وعضوية أفرادها (درويش، 1999).

وتزداد أهمية العلاقات الاجتماعية لدى الناشئ بتقدمه من الطفولة إلى المراهقة بسبب تشعب تلك العلاقات من جهة، وازدياد تأثيرها في مجمل حياته وسلوكه الشخصي من جهة ثانية.

وتؤكد نظرية العلاقات الاجتماعية المتبادلة أن الفرد يدخل في تفاعلات اجتماعية منذ ولادته، وتستمر في مختلف مراحل حياته، وهي التي تكفل للمراهق إنسانيته، وتأثيرها يمتد حتى يشمل تعديل أداء المراهق، ويؤدي التفاعل المتبادل والصريح إلى تحقيق مفهوم التصديق الاجتماعي، الذي يساعد المراهقين في إدراك مدى تطابق أفكاره مع أفكارهم، مما يزيد من تقدير المراهق لذاته، وتحقيقه للتوافق النفسي (Merrell, 2003).

وللمدرسة دور مهم في تحقيق النمو الاجتماعي وتشكيل جماعات الرفاق لدى الأطفال والمراهقين على حد سواء. راجح (2009) والتهامي (2008) وعثمان (2006)؛ والتي تركز على الانتماء للمجتمع وتنمية القيم الصالحة، والاتجاهات الإيجابية، ومراعاة حقوق الآخرين، والتزام الآداب الاجتماعية العامة.

ويقع على عاتق المرشد التربوي والمعلمين في تنمية هذا الجانب.. وتنمية التفاعل الاجتماعي التعاوني بين الفرد ورفاقه في المدرسة وتنظيم مواقف القيادة والتبعية التي تتطلبها

الإرشاد النفسي للمراهق

البيئة المدرسية. والتعرف على البيئة الاجتماعية المدرسية وإمداد الفرد بخبرات سليمة. وتعليمه كيفية ممارسة السلوك المناسب في المواقف الاجتماعية المختلفة. وفي مواقف الحياة الواقعية. وإيجاد روح التنافس الموجه بين الطلبة في الفصل الدراسي. ومراعاة التجانس والاختلاف في الذكاء والقدرات والاستعدادات. وتعويدهم احترام والديهم ومعلميهم والكبار دون رهبة أو خوف.

(1) العلاقة بين المراهق وجماعة الرفاق:

وتلعب علاقة المراهق مع أقرانه دوراً أساسياً في نضجه الاجتماعي واتزان الانفعالي حيث يتعلم المراهق من خلال لعبه مع الآخرين التعاون والمشاركة، كما يساهم في تقليل أنانيته ونزعة التمرکز حول الذات، ومن خلال لعبه مع الآخرين يتعلم كيف يقيم علاقات اجتماعية وكيف يواجه المواقف التي تحملها تلك العلاقات من التزامات ومسؤوليات وأدوار مختلفة (التهامي، 2008).

ولا شك أن العلاقات الاجتماعية عامة والصداقة خاصة تتأثر بالمرحلة العمرية التي يمر بها الشخص، فيتأثر كل من الصديقين بتصرف الآخر نحوه. وتعتمد التصرفات على التعاطف مع الآخر والقدرة على تخمين ما يريده الآخر وما يفكر فيه، والتنبؤ بما يسعد الآخر أو يحزنه. وما يلذ للآخر القيام به، وما ينزعج منه.

ويعتمد عمق الصداقة على ما يتوافر لها من مقومات، وكلما تعددت وتنوعت أسس الصداقة زادت العلاقة قوة وعمقا (أبو مغلي، 2005). (David, 2007).

ويعتقد أريكسون (Erickson) أن صورة الفرد الشخصية تنمو من خلال سلسلة من أزمات النمو النفسية الاجتماعية، والتي تقود إلى نمو الشخصية أو نضوجها وهي التي تجعل من الشخصية أكثر أو أقل تكاملاً. ويرى أن المراهق مرغم على التفاعل مع فئات مجتمعية واسعة. ومن خلال هذا التناول، توجد لدى المراهق فرصة لتطوير شخصية سوية قادرة على إدراك وفهم ذاتها، وإدراك العالم الذي يحيط بها (Pahuja, 2004).

(2) خصائص جماعة الرفاق:

وتشكل جماعة الرفاق وسطاً اجتماعياً يؤثر على المراهق في مختلف جوانب حياته، فعندما يخرج الطفل من نطاق الأسرة تتسع علاقاته الاجتماعية بانضمامه إلى جماعات الرفاق في المدرسة التي تكثر بأشكالها وأحجامها وخصائصها ومستوياتها الثقافية والاقتصادية والاجتماعية.

ولجماعة الرفاق خصائص متعددة منها إنها تتكون من عضوين أو أكثر تتطابق أو تتشابه عقائدهم واتجاهاتهم وشعور الفرد وتداركه بأنه يشبه الآخرين والشعور بالنوع (أبو لباد، 2007).

وعادة ما يكون أفرادها من فئات متقاربة السن، مما يساعد على التفاهم والتقارب بين أفرادها، ونتيجة للتفاعل بين أعضاء الجماعة يتم اكتساب الأنماط السلوكية للجماعة، وكذلك الاتجاهات والقيم الخاصة بهم والتي تتناسب مع أعمارهم وجنسهم قادرة على أن تزود الفرد بكثير من الخبرات الجديدة التي قد يجد الفرد حرجاً في اكتسابها عن طريق الكباريين لا يجد مثل هذا الحرج عند تعلمها من أقرانه، مثل بعض الألعاب، أو بعض جوانب التربية الجنسية أو بعض الأغاني وغيرها (Lingren, 1995).

تعد جماعة الرفاق جماعة أولية ومرجعية ولها وظائفها، فهي تمنح عالم الطفولة معنى، وتوضح للمراهق هويته، ويمارس الأصدقاء دوراً مؤثراً في تغيير منظومة قيم الفرد سواء من خلال إضافة قيم جديدة أو تعديل السلم الهرمي، أو التنازل عن بعض القيم وذلك سعياً لنيل رضا الآخرين وتخفيض التوترات الانفعالية التي تعترى الفرد لدى تعرضه لضغوط الرفاق، خاصة عندما يشعر بالانعزال أو ينأى عن مجموعة الأصدقاء (Mellou, 1994).

(3) تأثير جماعة الرفاق:

لجماعة الرفاق في المدرسة تأثير إيجابي أو سلبي على أعضائها في حياة المراهق، كما تلعب دوراً هاماً في النمو الاجتماعي له. وعملية التطبيع الاجتماعي من خلال التوحد بالرفاق، والتعلم الاجتماعي، وتعلم الأدوار Role playing وتكون جماعة الرفاق مرجعاً لحقيقة المراهق عن ذاته، ويؤدي الامتثال لمعايير الجماعة دوراً هاماً في تشكيل سلوك المراهق في هذه المرحلة (أبو لباد، 2007).

وتعمل جماعة الرفاق على إكساب المراهق بعض الاتجاهات الاجتماعية، وتحدد له مكانته الاجتماعية التي تشعره بأهميته، وتتيح له تحمل المسؤولية الاجتماعية من خلال ممارسته للدور الذي تحدده له الجماعة. (Giancola, 2000).

ويرى ديفيد (David, 2007) أن المراهق يتأثر بجماعة الرفاق ويتفاعل معهم ويشاركهم في أعمالهم ويفتخر بذلك، كما يبرز التنافس والولاء للجماعة وتناقص تأثير الوالدين عليه بالتدريج، ويزداد احتكاك المراهق بمجموعة الكبار ويتجه كل من الذكور والإناث نحو بني جنسهم، ويزداد شعوره بالمسؤولية وحبه لمساعدة الآخرين.

(5 – 8) اشباع الحاجات الأساسية للمراهق:

وحتى ندرك أهمية الدور الذي يقوم به العمل في حياة الفرد، علينا ان ننظر بعين الاعتبار الى الحاجات الأساسية للفرد. فالإنسان لم يقم ببناء حضارته عبر السنين من فراغ. وانما كانت هناك عوامل أدت الى تقدم الحضارة والرفي الانساني عبر العصور. وقد اثبتت الدراسات والبحوث ان العمل ينطوي على العديد من الاشياء التي يحتاجها الفرد غير الأجر الذي يحصل عليه جراء العمل الذي يقوم به.

ومن وجهة النظر المهنية فقد نظم ماسلو الحاجات الأساسية للفرد ضمن هرمية تتوافق وقوة هذه الحاجات وفعاليتها. (Halongen & Santrock, 2009). وتشتمل على كل من: الحاجات الفزيولوجية أو الأولية، والأمن، والحب والرعاية، والحاجة الى الانتماء، والاعتراف والتقدير، والحاجة الى المعلومات والفهم، والحاجة الى تحقيق الذات

(5 – 9) تحقيق الشخصية السوية للمراهق:

ان ما يميز الشخصية السوية عن الشخصية المضطربة او المنحرفة ليس هو في شكل السلوك او الافعال التي يقوم بها الفرد. وانما وظيفة هذا السلوك وما يحققه من اغراض واهداف. ان السلوك السوي هو السلوك الذي يحقق مواجهة واقعية للمشكلات او الصراع. وليس هروبا منه. وبالتالي فان الشخصية السوية هي تلك الشخصية التي يتميز سلوكها بالواقعية البناءة وليس السلوك الهروبي الهدام.

فالشخصية السوية للمراهق يصدر عنه سلوك أدائي Instrumental فعال، ويستخدم طاقاته من غير تبديد لجهوده. يتقبل الإحباط وضياع الأهداف، ويعيد توجيه طاقاته من تكوين توافقية بدرجة أكبر. لديه الأفكار والمشاعر والتصرفات التي تكون ملائمة. وهو قادر على التكيف والتعديل وعلى الافادة من الخبرة. وراغب في التعلم والتغير وتجريب الجديد باستمرار. ويشارك في الحياة الاجتماعية مع الآخرين ويستجيب لمطالبهم وحاجاتهم ويتقبلهم بوصفهم ذوات مستقلة. يتصف بتقديره لذاته وإدراكه لقيمتها وبالطمأنينة والأمن. وتقديره الواقعي لنواحي ضعفه ونواحي القوة فيه. ويستمد قدرته على الضبط والتحكم في سلوكه من تقديره الشخصي للأمور تقديرا مبنيا على موازنة النتائج وتمحيصها. لا يعيش منفردا على الارض وانما ضمن جماعات شكلت من نفسها مجتمعات يعتمد كل واحد منها على الآخر. وهو قادر على تكوين علاقات شخصية ايجابية مبنية على الثقة المتبادلة مع الآخرين. وعلى البذل والعطاء ضمن جماعته التي يتعايش معها. ويعمل للانسانية جميعا. ويضع نصب عينيه مستويات من النماء والرفي يسعى للوصول اليها.

والشخصية غير السوية للمراهقتنظر في كثير من الحالات بأنها تخبر الألم النفسي وتشعر بعدم الارتياح من الناحية الذاتية والتوتر وعدم السعادة. وقد تحكم على الشخص بأنها شاذة ان كان سلوكها فيما يبدو غير معقول أو لا يمكن التنبؤ بها. ويمكن أنتعد شاذة أو غير سوية إذا هي التمسست العلاج طوعا أو كرها. ومن الممكن مقارنة سمات الشخص ذاته. ومدى انتشارها عند الآخرين. فان كانت هذه السمات غير شائعة، ولا تظهر عند معظم الناس الآخرين حكم على السمة بأنها منحرفة أو شاذة. (فهمي، 1995).

لقد حاول الباحثون التفريق بين السلوك السوي والسلوك الشاذ. فاستخدموا أكثر من معيار لتحديد هذا التقييم بالرغم من أن كل معيار من هذه المعايير يعاني نقصا يجعله غير صالح للاستخدام بمعزل عن المعايير الأخرى.

ويشير مفهوم الصحة النفسية إلى القاعدة الإحصائية المعروفة بالتوزيع الاعتدالي التي تقوم على التوزيع ذي الحدين، فيأخذ التوزيع خلال منحنى جرسى ويمثل درجة انتشار أو تكرار ظهور خاصية معينة بين أفراد مجموعة كبيرة من الناس. ويرى المعنيون بالنواحي الاجتماعية، إعطاء المكانة الأولى للأسس الاجتماعية في بحث الطبيعة الإنسانية. ويشيرون في هذا الصدد إلى أن المجتمع يضم مجموعة من العادات والتقاليد. فإذا ما خرج الأفراد عن هذه المعايير التي تسود مجتمعهم اعتبر سلوكهم شاذاً. والسلوك السوي هو السلوك التكيفي للفرد. وأن السلوك الشاذ هو سلوك غير متكيف. وأن التكيف قد لا يكون سوية إذا عني مثل هذا التكيف الخضوع للبيئة على حساب فردية الإنسان وابداعيته.

ونحن ننظر إلى الناس، ونلاحظ تصرفاتهم فنحكم عليها على أنها سوية. إذا كانت تنسجم مع أفكارنا وآرائنا الذاتية، وغير سوية إذا كانت تختلف عن أفكارنا وآرائنا. وإن أكثر ما يكون السلوك سوية بالنسبة لنا. هو ما كان يتلاءم مع ما نرغب فيه من وجهة نظرنا الشخصية بينما يكون الشاذ نقيضه. وأن أفضل معيار لتحديد السلوك السوي من الشاذ، لا يكون في مدى تقبل المجتمع لسلوك معين أو رفضه له. وإنما يكون في مدى ما يوفره هذا السلوك من نمو وتحقيق لإمكانات الفرد والجماعة.

ويرى علماء النفس الاكلينيكيون، بأن معظم الذين شخصوا كمرضى نفسيين يشعرون بالبؤس والقلق والاكتئاب وفقدان الشخصية. بالإضافة إلى أعراض مرضية مختلفة أخرى. وإن القسر الذاتي كان هو المرض الوحيد بالنسبة إليهم. كما أن السلوك العصابي يظهر عاديا جدا للمراقب الخارجي العادي ولا يمكن الحكم عليه من مظاهره الخارجية. إلا أن بعض أشكال المرض تنطوي على قسر ذاتي كحالات المرض النفسي " الشخصية السيكيوباتية " أو الانحرافات الخلقية. (عبد الغفار، 2007)

(5 - 10) استراتيجيات تكيف المراهق:

مهما حاول المراهق إخفاء الجوانب السلوكية أو المظاهر الخارجية لانفعاله ليتصنع قدرا من الهدوء والثبات، أو يتجنب المواجهة والاعتراف. فإن تعبيرات وجهه Facial Expression تنطق بما يعاينيه هذا الفرد من حالات انفعالية. وتغيرات جسمية ونفسية نتيجة تعرضه لضغوط Stress معينة في مواقف معينة. ويشير سيللي Selye (Brannon & Feist, 2009) الى طبيعة الموقف الضاغط الذي يواجه الفرد بأن ردود الفعل تجاهه انما تحدث في ثلاثة مراحل متميزة هي:

(1) مرحلة الإنذار:

او التنبيه للموقف الضاغط بحيث يجهز الجسم نفسه لمواجهة الموقف الضاغط في إفراز هرمونات من الغدد الصماء مما يترتب عليها زيادة في كل من سرعة ضربات القلب ومعدل التنفس وتوتر في العضلات بالإضافة إلى زيادة نسبة السكر في الدم

(2) مرحلة المقاومة:

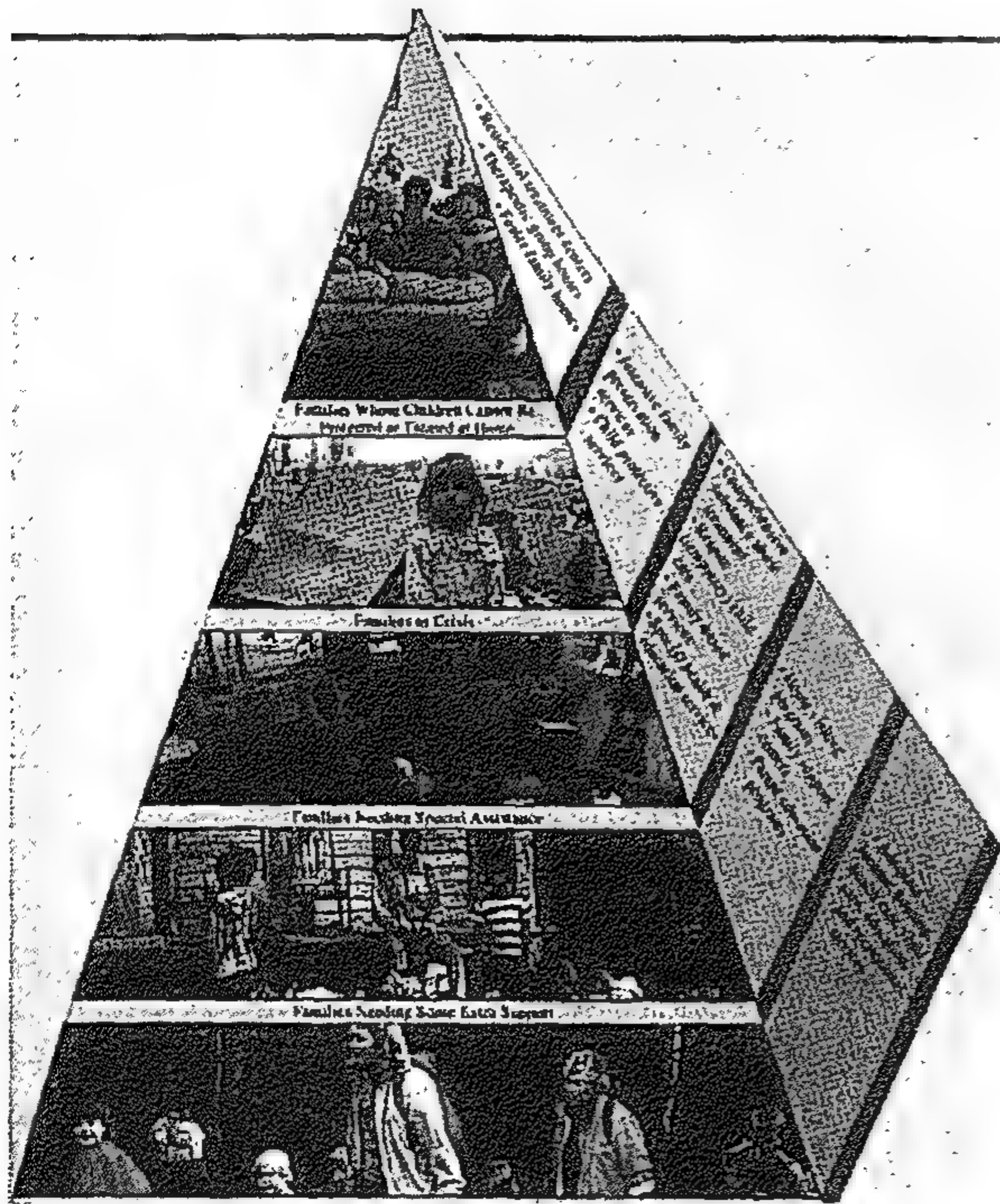
وفيها يحاول الجسم إصلاح ما سببته المرحلة الأولى من ضرر. فيشعر الشخص بالإجهاد والقلق محاولا مقاومة النتائج التي تترتب على مواجهة الموقف الضاغط. فاذا ما حقق نجاحا وتغلب على الموقف الضاغط. فإن الأمراض التي سببها الموقف الضاغط تزول.

(3) مرحلة الإنهاك:

ولكن، اذا لم يستطع الشخص التغلب على الموقف الضاغط واستمر في معاناته لهذا الموقف فترة طويلة. فإن قدرة الجسم على التكيف تصبح منهكة. وتضعف وسائل الدفاع والمقاومة وتعرضه لعدة أمراض منها: الصداع، ارتفاع ضغط الدم، القرحة، الأزمات القلبية، مما يشكل تهديدا لجسم الشخص لا يستطيع معه تحمل الموقف الضاغط ومقاومته.

ولما كانت انفعالات الفرد وتوتراته. تمثل استجابات تعتمد اساسا على ادراكه للمواقف الضاغطة. بحيث تشمل عددا من ردود الفعل الفزيولوجية والنفسية لمواجهة الموقف. فقد اشارت الدراسات العديدة على الدور الكبير الذي يلعبه الدماغ ممثلا بأجزائه الثلاثة: الهميبوثلاموس، والجهاز الطرفي، والفص الجبهي. في التحكم في حالات القلق والتوتر للفرد.

ونتيجة لتعرض الفرد لموقف ضاغط. تتغير قوة وسرعة ضربات القلب حسب الموقف الضاغط. وتتغير وظائف الكلية ونسبة الماء والأملاح في الجسم. ويزداد إفراز الماء والأملاح ويكثر التبول. ويلاحظ أنه خلال عمليات الاجهاد النفسي، تزداد كثافة الدم. وتصبح امكانية الاصابة بالتجلط واردة. ويزداد الجهاز العصبي توترا وتتحول الى تغيرات لا ارادية تحت الموقف الضاغط. ويسرع التنفس او يبطئ. ويزداد عمقا او يصبح سطحيًا تبعًا للحالة الانفعالية المصاحبة للموقف الضاغط. ولحركات التنفس اثربالغ في تغير نبرات الصوت وسرعة الكلام وشدته. وتنشط الغدتان المجاورتان للكليتين في الخوف والغضب والتهديد بخطر مفاجيء. فتفرز كميات كبيرة من الأدرينالين. ويزداد انتاج الكبد للسكر الذي يغذي العضلات. ويزيد من نشاطها. كما أن هناك علاقة قوية بين المواقف الضاغطة وكمية جريان الدم.



ولما كان القلق الناجم من مواقف الاحباط والصراع والكبت يمثل حالة غير سارة لدى الفرد. فقد استخدم فرويد Freud مصطلح ميكانزمات الدفاع Defense mechanism للإشارة الى العمليات اللاشعورية التي تحمي الفرد ضد القلق والتي يمكن تصنيفها في ثلاثة أساليب هي (ملحم، 2013):

- أساليب الدفاع الهجومية: وتشتمل على الأساليب التالية:

التعويض الزائد Excessive compensation، التبرير Rationalization، الاسقاط Projection، التقمص Identification، النقل Replacement

- الأساليب الانسحابية: وتشتمل على اساليب: الانعزالية والانزواء Introversion، التخيل وأحلام اليقظة Fantasy، النكوص Regression

- الأساليب الاستعاطفية: وتشتمل على أساليب: الهستيريا Hysteria، الوسواس Obsession، القهر Compulsion، الفوبيا أو المخاوف المرضي Phobia.

سادساً: مشكلات المراهقين وأساليب الإرشاد فيها:

(6 - 1) كيف يتعلم المراهق السلوك المشكل:

تحدث العديد من علماء النفس عن الطفولة ومراحل نموها وما يواجهه الفرد من مشكلات خلال نموه وتطوره من مرحلة الى اخرى. وقد اعتبر جيزل (Arnold Gesell 1880 - 1961م) أول من أوجد ظروفًا منهجية لدراسة النمو. واستغل التصوير الفوتوغرافي والتصوير السينمائي والتسجيل الصوتي.. وغيرها من أجل تتبع نمو الفرد. وموازنة ذلك بين شخص وآخر. ومواقف الحرمان وآثارها على الأشخاص. وأجرى تجاربه على التوائم المتماثلة. فدرس خصائصها ودرس العلاقة بين النضج والتعلم. واستنتج من تجاربه تلك. انه لا يجوز أن يعلم الشخص أي شيء قبل الأوان. أي قبل اكتمال النضج الذي يساعده على التعلم.

تحدث جيزل عن النضج وقال بأن كلمة نضج Maturation تطلق على عمليات النمو التي تتمخض عن تغيرات منتظمة في سلوك الفرد. والتي تكون مستقلة استقلالاً نسبياً عن أي تدريب أو خبرة سابقة (المليجي، والمليجي 1993). مما يشير إلى وجود أنماط سلوكية تحدث نتيجة عملية نمو داخلية لا علاقة لها بالتدريب. أو أي عامل آخر خارجي. ولذلك، فإن نمو الجنين رهن بسلامة البيئة في رحم الأم: ان النمو يسير طبقاً للخطة الطبيعية على الرغم من التقلبات التي قد تعترى البيئة داخل رحم الأم. شريطة ألا تتجاوز هذه التقلبات حداً معيناً. وأن النمو يسير في مراحله المتعاقبة دون ان يتأثر إلا قليلاً بالمؤثرات البيئية. طالما ان البيئة توفر قدراً كافياً من الظروف اللازمة لاستمرار النمو. ويؤكد جيزل وأتباعه على أهمية العوامل الداخلية العضوية بالنسبة للنضج. وان النضج يحدث نتيجة لهذه العوامل وحدها بعيداً عن أي مؤثرات أخرى خارجية كالخبرة أو المرن.

وتحدث سيرز Sears عن ثلاثة مراحل للنمو الإنساني هي:

(1) مرحلة السلوك البدائي (الفطري):

وترتكز على الحاجات البيولوجية الأولية والتعلم في طور الطفولة المبكرة. وأهم حاجات الطفل في هذه المرحلة هي: الحاجة إلى الغذاء والراحة الجسمية. والحاجة للتخلص من الفضلات. الحاجة الاجتماعية. وتعلم السلوك العدواني. وأشار سيرز إلى العوامل الاجتماعية المؤثرة على النمو في هذه المرحلة بكل من: جنس الطفل، وترتيبه في الأسرة، وفارق السن بين الأطفال. وثقافة الأم. والمركز الاجتماعي للأم. وشخصية الأم.

(2) مرحلة النظم الدفاعية الثانوية (التعلم المتمركز في الأسرة):

ترتكز هذه المرحلة على التعلم المتمركز في الأسرة. وتشتمل هذه المرحلة الفترة من منتصف العام الثاني من عمر الطفل إلى سن المدرسة. حيث تستمر الحاجات الأولية في دفع سلوك الطفل. غير أنها تتشكل تدريجياً لتصبح تعلماً اجتماعياً متكرراً التعزيز أو دوافع ثانوية. وتحدث عن أسلوب التنشئة الاجتماعية في هذه المرحلة مشيراً إلى إنها تعتمد على إحدى طريقتين هما: المكافآت والعقاب. والتقليد والمحاكاة. وتحدث سيرز عن الأشياء التي يتعلمها الطفل في هذه المرحلة والتي تتضمن: الفطام، والتدريب على التخلص من الفضلات، وتعلم التحشم الجنسي، والتحكم في السلوك العدواني، وتحديد النمط الجنسي، وتعلم السلوك المستقل.

(3) مرحلة النظم الدفاعية الثانوية (التعلم المتمركز أبعد من الأسرة):

ترتكز هذه المرحلة على التعلم أبعد من الأسرة. ففي الوقت الذي يصبح الطفل فيه مستعداً للذهاب إلى المدرسة من حيث السن والنمو. فإنه يكون مستعداً للاعتراف من عالم يقع خارج نطاق الأسرة. وتتميز هذه المرحلة بكل من: انخفاض الاعتمادية، وازدياد القدرة على التقمص.

واهتم فرويد بطبيعة العلاقة بين الطفل والكبار المحيطين به. واعتبر أن علاقة الطفل بأمه وعلاقته بعد ذلك بأبيه هي التي تحدد شخصيته. من حيث السواء أو عدمه. (Papalia & Olds, 2006) ووفقاً لفرويد، فإنه إذا لم تشبع الحوافز الجنسية. فإن الطاقة النفسية تزيد الضغط كما يحدث للمياه المندفعة في أنبوبة بدون صمام مفتوح. وربما تزيد الصراعات من التوتر. ولكي يعمل الناس بطريقة عادية لا بد من اختزال هذا الضغط. فإذا لم يفرغ فإن الأنبوبة مع مرور الوقت تنفجر عند أضعف نقطة فيها ويظهر الناس السلوك الشاذ. مشيراً إلى أن الشخصية الإنسانية تتشكل من ثلاثة مكونات هي: *Id*، *Ego*، و *Superego*، والأنا العليا. وتتنافس هذه العناصر باستمرار من أجل الطاقة النفسية المتاحة. وكلما كانت الصراعات شديدة كانت الطاقة النفسية المطلوبة لحل هذه الصراعات أكثر وتبقى الطاقة النفسية الأقل للعمليات العقلية العليا مثل التفكير المنطقي والابتكار. ولأن الأنا تعرف خطر التعبير عن الدوافع البدائية فهي تعاني من القلق عندما يضغط *Id* عليها بهذه الدوافع. ولتخفيف حدة القلق يمكن للأنا أن تبعد هذه الدوافع عن الوعي وتوجهها إلى أساليب مقبولة أو تعبر عنها مباشرة. وعندما يستسلم الأنا للهو فإن الأنا العليا تعاقب الذات عن طريق توليد الإحساس بالذنب والدونية. وفي محاولة التوفيق بين *Id* والأنا العليا والدوافع فإن الأنا تنمي الحيل الدفاعية *Defense Mechanism* التي هي أنماط السلوك التي تخفف التوتر. (Grace & Marguerite, 1995)

الإرشاد النفسي للمراهق

وقدم اريكسون في نظريته ثماني مراحل متتابعة من مراحل النمو تقع المراحل الأربعة الأولى منها في دور الطفولة لتشمل مراحل المهد، والطفولة المبكرة، والطفولة المتوسطة، والمتأخرة. وتقع المراحل الأربع التالية في دور البلوغ. لتشمل المراهقة والرشد، ومنتصف العمر، والشيخوخة. وقد تعتمد اريكسون ان يصف كل مرحلة بكلمة حاسة. لأن الفرد النامي يناضل في سبيل السيطرة على الحالة المرحلية. أو تحقيق إحساس إيجابي ب " أي صورة من الصور المرتبطة بحالته في هذه النقطة الخاصة عن طريق النمو. ومراحل النمو عند اريكسون هي (Berk, 2007):

المرحلة الأولى: اكتساب حاسة الثقة الأساسية مع التغلب على حاسة الشك Sense of trust Vs. Mistrust (لتحقيق الأمل):

يرى اريكسون انه بعد حياة نظامية رتيبة محوطة بالدفع والحماية داخل رحم الأم. يواجه الطفل مع الولادة في أول التقاء له بالعالم الخارجي. فيتكون لديه إحساس بالترقب من خلال مزيج من الثقة والشك. وتصبح حاسة الثقة الأساسية لديه في مقابل حاسة الشك الأساسي هي النقطة الحرجة في مرحلة نموه الأولى. مما يتطلب من الوليد شعوراً بالراحة الجسمية والحد الأدنى من تجربة الخوف وعدم التأكد. وإذا ما توفر له ذلك فإنه سييسر ثقته إلى تجارب جديدة وتساعد على النمو نفسياً. وعلى تقبل الخبرات الجديدة. برضاه. ومن ناحية أخرى. تنشأ حاسة الشك من الخبرات الجسمية والنفسية غير المرضية وتؤدي إلى الخوف من توقع المواقف المستقبلية.

المرحلة الثانية: اكتساب حاسة الاستقلال الذاتي ومكافحة حاسة الشك والخجل Sense of Autonomy Vs. Shame & Doubt (لتحقيق الإرادة):

يبدأ الطفل فيما بين الشهر الثاني عشر أو الخامس عشر وحتى نهاية السنة الثالثة في تأسيس المكون التالي للشخصية السليمة. حيث تنصرف معظم طاقاته نحو تأكيد ذاته من حيث هو إنسان له عقل وإرادة خاصة به. ويتضح ولع الأطفال بالاستطلاع ويصبح الطفل أقل اعتماداً على الآخرين وأكثر استقلالاً بنفسه. ومع ذلك فهو قادر على ان يستخدم مساعدة الآخرين وتوجيههم في المسائل الهامة. وحدد اريكسون واجبات هذه المرحلة بالتأزر والتوافق لعدد من أنماط الحركة والفعل المتصارعة المختلفة: كالإمساك بشيء وتركه، والمشي، والكلام، والقبض على الأشياء وتناولها بطرق معقدة. ويصاحب هذه القدرات وينشأ عنها حاجات أساسية تدفع الفرد لأن يستخدمها في الارتياح والكشف والامساك بشيء والاحتفاظ والنبذ أو الهجر. ويصحب كل هذا إرادة مهيمنة هي "أنا أفضل".

المرحلة الثالثة: اكتساب حاسة المبادرة مقابل التغلب على الإحساس بالذنب Sense :of Initiative Vs. Guilt

وفي هذه المرحلة يأخذ سلوك الطفل شكل المبادرة من جانبه والمشاركة بفعالية في عالم مجتمعه. ويجعله نشطا قوي العزيمة للسيطرة على بعض المهام. فيقوم بتحمل مسؤولية نفسه. وكذلك ما يضمه عالمه الخاص (لعبه، أدواته، وحيواناته... الخ). ولهذا فإن الطفل في هذه المرحلة يرى بوضوح أنه قادر على أن يعمل أنواعا معينة من الأشياء. وأن يلاحظ باهتمام بالغ ما يعمل به الراشدون من حوله ويحاول أن يقلد سلوكهم ويرغب في أن يشارك في أنواع أنشطتهم.

المرحلة الرابعة: اكتساب حاسة الاجتهاد "الإنجاز" مقابل تجنب الإحساس بالنقص. :Sense of Mastery Vs. Inferiority

تمتد هذه المرحلة النمائية من السنة السادسة من العمر وحتى سن الحادية عشرة أو الثانية عشرة من العمر. وقد أطلق أريكسون على هذه المرحلة بمرحلة حاسة الاجتهاد لأن الطفل نتيجة احتكاكه بتجارب جديدة كثيرة سرعان ما يدرك أنه في حاجة إلى أن يجد له مكانا بين الأطفال الآخرين الذين هم في سنه. ولذلك فإنه يوجه كل طاقاته نحو معالجة المشاكل الاجتماعية المحيطة به. والتي يحاول أن يسيطر عليها بنجاح حتى لا يكون متخلفا عن رفاق سنه أو أقل منهم... بل له مكان بارز بينهم. حيث يوجه الطفل في هذه المرحلة نشاطا متزايدا لتحديد مكانته بين رفاقه. فيبذل كل جهد ممكن في الإنتاج والعمل وسط رفاقه في المدرسة. أو الفصل.. الخ. خوفا من أن يصبح إنتاجه وعمله في مستوى أقل من مستوى عمل رفاقه. وإنتاجهم. ويصبح الخوف من هذا المستوى الأقل في الجودة سببا في خوف مستمر يدفعه للعمل الأفضل حتى لا ينظر إليه الكبار على أنه ما زال طفلا أو شخصا غير كامل.

المرحلة الخامسة: اكتساب الإحساس بالهوية مقابل التغلب على الإحساس بانتشار الهوية (الضياع) :Sense of Identity Vs. Confusion

تمتد هذه المرحلة من العمر بين: 11 - 20 سنة. حيث يتلو الكمون الشديد في المرحلة السابقة زويدة النمو في هذه المرحلة... والتي تعتبر اعنف ما يواجه الفرد في مراحل تطوره ونموه. فالجسد يعود مرة أخرى ليقحم نفسه على الوجود من خلال نموه المفاجئ في الشكل والحجم. علاوة على التغيرات الكيميائية التي تصيب الشاب بهزة في كيانه تجعله يفقد التعرف على نفسه وتبرز مشكلة الهوية التي تكون جوهر الصراع في هذه المرحلة من حياته.

المرحلة السادسة: اكتساب حاسة الألفة والتكامل مقابل تجنب الإحساس بالعزلة له.

Sense of Intimacy Vs. Isolation

في هذه المرحلة يبدأ الفرد حياته كعنصر كامل في المجتمع. فقد حان الوقت الذي يستقر فيه استقرارا جادا للقيام بمهمة المشاركة الكاملة في مجتمعه. فتحقيق النضج النفسي يتطلب نموا اجتماعيا نفسيا للزواج أو العمل بمهنة خاصة. مما حدا باريكسون ان يطلق على هذه المرحلة اسم مرحلة الإحساس بالألفة لأن النضج النفسي يتطلب ألفة اجتماعية مع شريك الجنس الآخر ليتمكن من اختيار شريك في العلاقات الزوجية باعتباره إنسانا وكائنا اجتماعيا.

المرحلة السابعة: مرحلة اكتساب الإحساس بالإنتاج مقابل الإحساس بالانهماك.

Sense of Generativity Vs. Stagnation (الركود)

تعد هذه المرحلة من أطول مراحل العمر وأكثرها خصوبة وعطاء. فبعد ان يمارس الإنسان اختياره في مجال الحب والعمل يتزوج ويرسخ اساس الاستقرار الأسري ويختار العمل الذي يستطيع من خلاله من ان يحقق ذاته ويصل الى نقطة يسأل فيها - وماذا بعد؟. فهذه المرحلة تشتمل على تأسيس وحدة اسرية جديدة تقوم على الثقة المتبادلة والألفة. واعداد منزل جديد للبدء بدورة جديدة للنمو. ومن خلال الرباط الزوجي يصلح الفرد لضمان الرعاية والنمو للجيل الجديد الذي يثمر عنه الزواج.

المرحلة الثامنة: اكتساب حاسة التكامل مقابل الإحساس باليأس. Sense of

integration Vs. Despair

تمثل هذه المرحلة نهاية المطاف لدورة حياة الإنسان. حيث تخبو بالتدريج طاقاته وقدرته على الإنتاج. بعد ان يكون قد ضمن النمو للجيل الجديد. واكتسب رؤية اكمل لدورته وحقق كل ما يصبو اليه من ثقة وتكامل. مما يهيئ له حالا ناجحا لإحساسه باليأس من عدم جدواه كإنسان منتج ويتولد عن هذا الاستقطاب إحساس الحكمة وتكوين فلسفة جديدة للحياة. وان هذا الإحساس بالتكامل والشمول هو الذي يجعله لا يخاف الموت ويتقبله على انه نتيجة طبيعية لاستكمال دورة الحياة.

وتعتبر نظرية بياجيه من أكثر نظريات النمو المعرفي شيوعا في ميادين علم النفس ومن أكثرها تأثيرا في المنحى المعرفي (العقلي) للتعلم. مشيرا إلى دراسة الاستعداد التطوري أو تطور القدرة على التفكير من أول مكونات السلوك القبلي ومن نظريات التعلم الحديثة. وأنت كمعلم يجب أن تواجه الطفل بمشكلات تتطلب أعمالا عقلية تناسب مرحلة تطوره المعرفي كما يجب ألا تمنعه من ممارسة الأعمال العقلية التي تؤهل نموه المعرفي والتي قد تكون أرقى من مرحلة النمو

المعرفية التي ينتمي إليها. ولهذا، فقد قسم بياجيه النمو العقلي إلى مراحل معينة تتسم كل منها بمقدرات عقلية تيسر انتماءه للعالم المحيط به.

يرى بياجيه أن كلا من عمليتي التمثيل والملاءمة مسئولتان عن عملية التكيف العام للكائن أو ما أسماه بعملية استعادة التوازن Equilibrium التي تتطلب التوازن بين التمثيل والملاءمة. وعندما يواجه الفرد موقفا تعليميا جديدا يحدث لديه اختلال في التوازن بين بناء العقلية الداخلية وعناصر البيئة الخارجية الجديدة وهنا لا بد من حدوث عملية التفاعل التي يتم بموجبها تعديل وتغيير بناء العقلية وأنماطه المعرفية السائدة (الاستراتيجيات المخزنة) حتى يتكيف الفرد لمطالب البيئة الخارجية (الملاءمة). والتكيف مع البيئة باستخدام ما لدى الفرد من البنى العقلية أو الاستراتيجيات (التمثيل)

ولقد حاول عدد من علماء نظريات معالجة المعلومات تطوير وتعديل نظرية بياجيه في النمو المعرفي واطلقوا على انفسهم "البياجيون الجد" مركزيم جهودهم على ثلاثة نقاط هامة هي:

- المحافظة على الجوانب الأساسية لنظرية بياجيه التقليدية.
- تطوير الجوانب التي كانت بحاجة الى مزيد من البحث والاستقصاء.
- تعديل بعض الجوانب في نظرية بياجيه بحيث تصبح متسقة مع الأبحاث التجريبية الحالية.

وبالرغم من عدم اتفاقهم على عدد من النقاط التي وردت في نظرية بياجيه للنمو المعرفي الا انهم اتفقوا على خمسة مبادئ رئيسية تم استخلاصها من نظرية بياجيه الأساسية ونادوا بضرورة المحافظة على تلك المبادئ وهي:

- التركيز على الخصائص التنظيمية للأجزاء التركيبية المختلفة للمعرفة. ومثال ذلك، مفهوم المخططات، ومراحل التطور المعرفي التي أشار إليها بياجيه "بياجي"
- ان البنى المعرفية تنتج عن الدور النشاط الفعال الذي يقوم به المتعلم الذي يبني معرفته وينظمها بنفسه. أكثر من كونه ناتجة عن نسخ أو تسجيل المتعلم حرفيا للمعلومات. ومن هنا فان تطوير المتعلم للتراكيب المعرفية يفترض ان يكون ناتجا عن بناء واعادة الخبرة التي يمر بها.
- تصبح هذه البنى المعرفية معقدة بشكل متزايد من خلال التفاعل بين النضج والخبرة في عملية بناء دورية للمعرفة Cyclical knowledge building process
- التأكيد على ان المستويات عالية التجريد تعتمد على المستويات المعرفية الأقل تعقيدا وتبنى عليها وتعديلها.

الإرشاد النفسي للمرافق

- تظهر التحولات Transformations أو المستويات في نوعية المعرفة في ترتيب عالمي مرتبط بالعمر ولكن العمر لا يحدده.

الا ان البياجيين الجدد وعلى رأسهم كيس طوروا عدة جوانب من نظرية بياجيه المعرفية. فقد ركز البياجيون الجدد على العلاقة بين التعلم والتطور على اعتبار ان التعلم عملية تمثل للمحتوى الجديد. او المثيرات الجديدة في البنى المعرفية الموجودة سلفا. واتخذوا من اعمال بياجيه الاخيرة اساسا وقاعدة لفهم كيفية عمل هذه العمليات التطورية المعرفية عندما يستجيب الفرد لخبرات معينة ويتأمل بها. ويرى البياجيون الجدد ان التغيرات البنائية الديناميكية وعدم الانتظام Unevenness في التطور ضمن المجالات المختلفة عند اي شخص هي قاعدة اكثر من كونها استثناء. كما طور البياجيون الجدد مفهوم بياجيه بالانتشار الراسي Vertical decal age الذي يشير الى ان الاطفال يكررون خصائص التفكير في مستويات اعلى لاحقة. الى مفهوم اكثر قوة واطلقوا عليه اسم التلخيص الدائري Cyclic recapitulation او التدوير خلال المستويات ويتضمن ذلك عنصرين هما (ابو غزال، 2006):

- هناك تقدم في تطور التفكير خلال نفس العدد من الخطوات البنائية الصغيرة في كل مرحلة رئيسية
- هذه الخطوات الصغيرة تنشأ بنفس التتابع او التسلسل ضمن كل مرحلة رئيسية او مستوى.

وقدم واطسون Watson نظريته السلوكية منذ العام 1924 والتي عرفت آنذاك بنظرية التعلم. اعتبر فيه ان التفكير بمثابة كلام الفرد إلى نفسه. أو هو الكلام ناقص الحركة. وحاول تفسير السلوك اللفظي في ضوء تشكيل العادات. وتدخل المعززات المختلفة بين المثيرات والاستجابات لإحداث التشريط. وبناء على ذلك. فان اللغة تمثل استجابات يصدرها الكائن ردا على مثيرات تأخذ شكل السلوك الخاضع للملاحظة المباشرة. وقدم بافلوف مبادئه في التعلم الشرطي موضحا ان الاستجابات اللفظية عندما تدعم (تعزز) تميل الى التكرار شأنها شأن بقية الاستجابات.

ويعد سكينر Skinner أبو النظرية الاشتراكية الإجرائية الذي استخدمها في تفسيره لاكتساب اللغة. واعتبر اللغة فصل من فصول التعلم. وان كافة أنماط التعلم بما فيها اللغة تخضع للتغير الذي يضعه التعلم الإجرائي من الاستجابات الإجرائية التي يليها تعزيز مستمر. أما تلك التي لا يليها تعزيز تتلاشى. وان هذا التعزيز مصدره أولئك الذين يحيطون بالطفل ويأتي على شكل ابتسامات وضحكات وأصوات التشجيع والأحضان.

وضع سكينر نظاما للتعزيز Reinforcement وهو إجراء يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية أو إلى إزالة توابع سلبية، أو الشيء الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة (Repp, 1983) والتعزيز يعرف وظيفيا من خلال نتائج على السلوك. وأشار إلى عدد من العوامل التي تؤثر في فعالية التعزيز. مثل: فورية التعزيز: Consistency of Reinforcement: وإنتظام التعزيز: Immediacy of Reinforcement: وكميته ومستوى الحرمان - الإشباع: Deprivation - Satiation: Reinforcement Level، ودرجة صعوبة السلوك: Complexity of Behavior: والتنوع: Variation في استخدام المعززات.

وأكد باندورا (Bandura, 1977) على دور التعلم من خلال الملاحظة Observational learning مفترضا أن الأطفال ترقى لغتهم بصفة أساسية بتقليد المفردات والتراكيب اللغوية التي يستخدمها الآباء والآخرين في الحياة العادية. فصاغ باندورا نظريته في التعلم الاجتماعي بناء على عدد من الافتراضات التي شكلت بدورها محاور أساسية للنظرية. أشار فيها إلى أن معظم أنماط التعلم الإنساني تحدث من خلال الملاحظة والتقليد والمحاكاة. ويصبح التعلم الإنساني بطيئا وغير عملي وخطير في الوقت نفسه، إذا اعتمد كلية على الخبرات المباشرة أو على ناتج سلوكنا. وأن التعلم الاجتماعي القائم على الملاحظة يقوم على عمليات من الانتباه القصدي بدقة تكفي لاستعمال المعلومات والرموز والاستجابات المراد تعلمها في المجال المعرفي الإدراكي للفرد. وأن تأثير عملية النمذجة أو التعلم بالملاحظة أو الاقتداء بالنموذج بعدة عوامل بعضها يرجع إلى الفرد الملاحظ وبعضها يرجع إلى النموذج الملاحظ. وبعضها الآخر إلى الظروف البيئية أو المحددة الموقفية التي تتم فيها ومن خلالها عملية النمذجة.

لقد تأثرت بحوث النمو الخلقي بعدد من النظريات السيكلوجية من أبرزها نظريات التحليل النفسي والنظرية السلوكية أو التعلم الاجتماعي ونظريات النمو المعرفية. وبالنظر إلى تلك النظريات، نرى أن فرويد مثلا ربط بين الغرائز الجنسية وبين الحاجات الانفعالية. وعالج النمو الخلقي في إطار مبدأ اللذة. وفكرة الإثم. وأكدت نظرية التعلم على أهمية الحاجات البيولوجية وإشباعها. واعتقد أصحاب نظريات التعلم أن النمذجة والاستجابات السلوكية المتعلمة هي التي تحدد النمو الخلقي والاجتماعي (Aronfreed, 2006).

فقد ربطت نظرية التحليل النفسي بين الغرائز الجنسية وبين الحاجات الانفعالية. وعالجت موضوع النمو الخلقي في إطار مبدأ اللذة. فالأنا العليا الذي يمثل معايير الراشدين. ينمو من خلال التوحد مع الوالد من نفس الجنس وإن المجتمع يضمن بقاءه من خلال التقمص أو التوحد الذاتي بفرض معايير على الفرد الذي ينقل هذه المعايير إلى الجيل الذي يليه. فكل من

الإرشاد النفسي للمراهق

الأولاد والبنات الذين يتوحدون مع الوالد من نفس الجنس بسبب الخوف أو القلق على السلوك (فقدان الحب أو العدوانية).

وطبقاً لنظرية التعلم الاجتماعي. فإن السلوك. فإن السلوك الأخلاقي مكتسب من خلال الآليات الكثيرة من السلوكيات. وهي التعلم (Gewirtz, 1999). أو النمذجة والتقليد الأخلاقي. ويرى أصحاب نظريات التعلم الاجتماعي أن مفهوم التحليل النفسي للتوحد مطابق لمفهوم نظرية التعلم الاجتماعي بشأن التقليد. وأن التوحد يحدث عندما يطابق سلوك الشخص سلوك النموذج. وطبقاً لنظريات التعلم الاجتماعي. فإن التوحد والتقمص هما عملية مستمرة لاكتساب الاستجابات وتعديلها.

وطور لورانس كولبرج Lawrence Kolberg (1927 - 1987) تصور بياجيه عن نوعي الأخلاقية وقدم تصوره الخاص عن ست مراحل لنمو التفكير الخلقى يمكن تصنيفها إلى ثلاث مستويات. تبدأ من منظور التمرکز حول الذات. ثم المنظور الاجتماعي وأخيراً المنظور الإنساني العالمي. كما سعى إلى تقديم استبصار أكبر بأثر القوى الاجتماعية والخبرة على النمو الخلقى. وكان اتجاه كولبرج في فهم استجابات الأفراد للمشكلات الخلقية شأنه شأن بياجيه يعتمد على تحليل الأبنية العقلية وأنماط التفكير الكامنة وراءها. (Gormly, 2007).

(2 - 6) العوامل المؤدية إلى ظهور السلوك المشكل للمراهق:

لا شك بأن التغيرات التي تحدث للمراهق في هذه المرحلة تستدعي السعي نحو تحقيق أهدافه واشباع رغباته الملحة. من أجل الوصول إلى مرحلة تكيفية جديدة. وخلال محاولاته المستمرة لتحقيق التكيف المأمول تظهر مشكلات عديدة له يسعى الباحثون عبر فترات طويلة من الزمن للحد من ظهورها وإيجاد الوسائل المناسبة لحلها (Paulson, 1999).

وهناك العديد من الأسباب والعوامل التي تجعل من المراهق يواجه العديد من المشكلات. وتجعل هذه المرحلة بالنسبة له مرحلة حرجة.

(1) عدم الاستقلال الاقتصادي:

يلاحظ على الفرد في مرحلة المراهقة اعتماده على والديه وغيرهم من الكبار خاصة ما يتعلق منه بالجوانب المالية. ولم يحصل بعد على الاستقلال الاقتصادي الذي يساعده في حل كثير من مشكلاته.

(2) الصراعات الداخلية:

وهي تلك الصراعات التي تطرأ من انتقال المراهق من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة. وبالرغم من محاولات المراهق المستمرة في تحقيق استقلاليتته وتحمل المسؤولية. إلا أنه

يبقى محتاجا الى مساعدة الاخرين له. ويستمر في طلب المساعدة من اجل تحقيق أمنه وطمأنينته.

(3) الضغوط الاجتماعية:

والمراهق في هذه المرحلة عليه ان يفكر لنفسه. ويختار ويحقق لذاته. ضمن سلوكيات الجماعة ومعاييرها. والمراهق في هذه المرحلة ايضا يسعى لتحقيق ميوله واشباع حاجاته ضمن هذه المعايير.

(4) الاختيارات والقرارات:

وعلى المراهق ان يتخذ القرارات الحيوية التي تحدد مستقبل حياته. خاصة تلك القرارات التي ترتبط بتعليمه، أو اختيار مهنته، أو ما يتعلق بالزواج وتكوين اسرة، أو ممارسة بعض الهوايات وتكوين صداقاته..... الخ.

(5) عدم الوضوح:

فالغموض الذي يكتنف الكبار من اباء ومربين حول عدد من المفاهيم التي يسعى المراهق لتحقيقها في هذه المرحلة مثل السلطة والحرية والنظام والطاعة والديمقراطية.. وغيرها. وعدم قدرة هؤلاء الكبار ايضاؤها الى أبنائهم مما يحدث تشويشا واختلافا واضحا في وجهات نظر الطرفين (الكبار وأبنائهم).

وحدد كل من بلير وآخرون (Blair, et al, 2005) أسباب حدوث المشكلات لدى المراهقين بما يلي:

- بسبب الحالة الغامضة التي يعيشها المراهق من كونه ليس طفلا أو راشدا. فانه غالبا ما يجد نفسه متورطا في صراعات انفعالية مع الأطفال الأصغر منه سنا داخل الاسرة. أو مع الوالدين والمدرسين وأفراد المجتمع الآخرين.
- ومن أجل تحقيق هدفه كي يكون راشدا. فانه يشعر بعدم فهم ما يحيط حوله خاصة وأنه لم يعط بعد المسؤولية الكافية لتحقيق أعماله الخاصة.
- وخلال مرحلة المراهقة التي يمر بها الفرد. تظهر لديه حساسية شديدة في نظراته لعيوبه الشخصية ونواحي النقص أو القصور التي قد يعاني منه. مما تشعره بالخطر نتيجة ذلك.
- وتكشف الدراسات المرتبطة بمشكلات المراهقين ان الجنوح والمشكلات الانفعالية تصل في هذه المرحلة الى ذروتها لدى المراهقين.
- ويمكن للمعلمين مساعدة المراهقين للتخلص من مشكلاتهم التي يعانون منها وذلك باعطائهم دراسات تزيد من مستوى رضاهم وتشبع حاجاتهم. سيما وأنهم يعاملون كأطفال

الإرشاد النفسي للمراهق

صغار من قبل والديهم. كما يمكن لهؤلاء المعلمين. توجيه أولياء الأمور نحو أساليب المعاملة المناسبة للمراهقين. من أجل التوافق النفسي والاجتماعي في حياتهم.

- وللمراهق مشكلاته الخاصة به. والتي لم تكن موجودة عنده عندما كان طفلاً. كما ان هذه المشكلات تختلف الى حد ما عندما يصبح راشداً. وان على المربين وأولياء الأمور تحقيق مطالب النمو للمراهق كي يحقق المراهق اشباعها.
- وعندما يتم احداث التوازن والتوافق في حياة المراهق فان وجود العديد من المشكلات التي تحدث في فترة المراهقة لا مبرر لها.

(6 - 3) حاجات المراهق ورعايته:

أجرى الباحثون دراسات مستفيضة حول حاجات المراهق الأساسية. معتمدين في ذلك على التحليل الطبيعي لتاريخ حياة المراهق، والدراسات التحليلية المستفيضة. ودراسة مشكلات المراهقين في مناطق مختلفة ومجتمعات متباينة. وأوضحت هذه الدراسات ان حاجات المراهق يمكن تصنيفها في ثلاث فئات هي:

- **الحاجات العضوية:** كالحاجة الى الطعام والشراب والراحة والجنس
- **الحاجات النفسية:** كالحاجة الى الشعور بالأمن النفسي والحاجة الى تأكيد الذات والاستقلال والانجاز
- **الحاجات الاجتماعية:** مثل الحاجة الى الانتماء والحاجة الى العطف والى الاصدقاء والى المكانة الاجتماعية

لقد تحدث عنه ماسلو في هرميته عن الحاجات الأساسية للفرد كنتيجة للدراسات المستفيضة التي قام بها علماء النفس على ان الاحتياجات تنظم نفسها حسب نظام أولويات Priorities معين. فاذا ما اشبع الانسان رغباته واحتياجاته الدنيا فانه يرتقي الى اشباع احتياجاته الكامنة على المستويات الوسطى والعليا. بمعنى ان المراهق يؤجل عملية من شأنها محاولة اشباع احتياجاته العليا قبل اشباع جميع احتياجاته البدائية الدنيا. وتندرج الاحتياجات الانسانية حسب هرمية ماسلو بالتوالي في خمس مستويات هي: (Halonen & Santrock, 2009)

(1) الاحتياجات الفيزيولوجية الأساسية Basic physiological needs:

وتقع هذه الاحتياجات على أدنى درجات السلم وتتضمن احتياجات الفرد المحددة كالأكل والشرب والملبس.. وغيرها.

(2) احتياجات الأمان Safety needs:

ويعمل على حماية نفسه من أخطار البيئة الطبيعية. فإذا ما اشبع احتياجاته الفيزيولوجية. فإنه يأخذ الإجراءات التي تضمن له السلامة من الأخطار الخارجية.

(3) احتياجات الحب والحنان والخدمة الاجتماعية Love, Affection & Social needs:

فالإنسان اجتماعي بطبيعته يكره العزلة والانفراد. ومن أجل ذلك فإنه يقوم بتكوين أسرته وعشيرته وامتته ويعمل كل ما في وسعه من أجل المحافظة عليها. وهو بالتالي يؤثر على مجتمعه ويتأثر به.

(4) احترام وتقدير الذات Self esteem & Self respect:

ويسعى الإنسان دائما من أجل الحصول على تقدير الآخرين واحترامهم. فهو بحاجة الى الشعور بأنه ذو قيمة واحترام في المجتمع الذي يعيش فيه. وأن أعضاء ذلك المجتمع أفراد ذو قيمة يجدر احترامهم.

(5) تحقيق الذات والكياسة في العمل Self actualization & Accomplishment:

وتعبر هذه الاحتياجات عن القدرة على القيام بالعمل والكياسة في الانجاز. وتقع هذه الحاجة في أعلى درجات سلم الأولويات. وتعد أرقى الاحتياجات الانسانية وأسماها وأقلها تحديدا. وقام ماكيلاند (McClland, 1991) بدراسات مستفيضة حول الحاجة للانجاز ووجد أن حافز الانجاز لا يوجد الا في 10% من مجموع سكان الولايات المتحدة الأمريكية رغم ان معظم الناس تدعي امتلاكه. مشيرا الى ان حاجة الانجاز تتكون من عدة عوامل بما فيها طفولة الفرد وخبراته المهنية ونوع المؤسسة التي يعمل بها. وأن ذوي الانجازات العالية يتميزون بالخصائص والصفات التالية:

- انهم يميلون الى الحالات والمواقف التي تعطي لهم فيها المسؤولية الشخصية في تحليل المشاكل وايجاد الحلول لها.
- انهم يميلون الى المخاطرة المتوسطة بدلا من المخاطر العليا او الدنيا.
- انهم يرغبون بالتغذية العكسية لانجازاتهم ليكونوا على علم بمستوى انجازهم. ونتيجة انجازهم.

الإرشاد النفسي للمراهق

ونتيجة للدراسات المستفيضة التي قام ماكلياند بتنمية دوافع الانجاز لدى الأفراد فقد اقترح اربع خطوات من اجل تحقيق ذلك. هي:

- ان يسعى الفرد الى الحصول على التغذية المرتدة. من اجل تعزيز نجاحه ودفعه الى نجاح أكبر.
- ان يختار الفرد الاشخاص الذين عرفوا بانجازاتهم ومحاولة التشبيه بهم.
- ان يسعى الفرد الى تعديل انطباعه عن نفسه من خلال تصور يضع فيه نفسه مكان شخص آخر بحاجة للنجاح.
- ان يحاول التحكم في "أحلام اليقظة" وأن يتحدث مع نفسه بصورة ايجابية.

اما كول Cole فقد تضمنت قائمته للحاجات البنود الرئيسية التالية:

- الحاجة الى المحافظة على الذات: وتتمثل في الحاجة للمحافظة على الحياة والراحة وتجنب الأخطار.
- الحاجة الى الاشباع الجنسي: وتشمل الحاجة لتقبل النضج الجنسي دون خوف والحاجة للتنفيس عن الدوافع الجنسية.
- الحاجة الى العطف والقبول من الآخرين: وتتمثل في الحاجة الى امتلاك الاشياء وان تكون له سمعة طيبة.
- الحاجة الى النضج العقلي: وتتمثل في الحاجة الى المعرفة والبحث عن الحقائق والتعبير عن الذات.
- الحاجة الى تأكيد الذات وتنميتها: وتتمثل في الحاجة الى اثبات نفسه وتحقيق نزعته نحو الاستقلال والاعتماد على الذات وتنمية ثقته بنفسه.

وقد وضع الباحثون معايير محددة للتعبير عن السلوك السوي أو غير السوي. فقد يتخذ الفرد من نفسه إطارا مرجعيا يرجع إليه في الحكم على سلوكه بالسوية أو اللاسوية. وقد يتخذ من مساهمة المعايير الاجتماعية أساسا للحكم على السلوك السوي بالسوية أو اللاسوية والسوي هنا من كان متكيفا مع الجماعة واللاسوية هو غير المتكيف معها. وقد يتخذ من المتوسط أو المنوال أو الشائع معيارا يمثل سوية السلوك لديه بينما تكون اللاسوية في السلوك هي الانحراف عن هذا المتوسط يميناً (+)، أو يساراً (-). ويعتبر السلوك المثالي أو الذي يقترب من الكمال سلوكا سويا بينما الانحراف عن المثل الأعلى أو الكمال سلوكا غير سوي.

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن القواعد والمبادئ التي تحكم تطور نمو السلوك المشكل هي نفسها المبادئ والقواعد التي تحكم تطور النمو السوي، وإن كثيرا من العوامل والظروف البيئية والنفسية التي تحدث عنها العلماء في نظرياتهم تكون عوامل مؤثرة في ظهور نمط السلوك المشكل أو الشاذ لدى المراهق.

وليس المراهق المشكل عضوا من صنف فريد يمكن التعرف عليه بسهولة من خلال صفاته أو أعراضه الخاصة. صحيح أنه باستطاعة الفرد أن يجد المشكلات التي يعاني منها مراهقون معينون في كتاب خاص. بالطريقة ذاتها التي يراجع فيها مشكلة طبية في كتاب طبي إلا أن هناك اختلافا بين الحالتين. فالسلوك المشكل عبارة عن سلسلة من المظاهر المزعجة تتراوح بين التمرد ونوبات الغضب والسعي لجذب الانتباه، واضطرابات النوم، وبين الخوف والشعور بالنقص ورفض المدرسة. ومن هنا جاءت صعوبة تعريف الشخص المشكل والذي اختلف الباحثون حول تعريفهم له، وتباينت آراؤهم حول مفهوم الشخص المشكل.

- فمنهم من يرى بأن السلوك المشكل عند الفرد ما هو إلا استراتيجيات غير ناجحة لمطالب الحياة. ويتعلم المراهق أن هذه الاستراتيجيات تؤدي بالذات. وغالبا ما تؤدي الآخرين أيضا. ويحدث هذا عندما تفشل هذه الاستراتيجيات في تحقيق أهدافها (هربرت، 1980).
- ومنهم من يرى أن المراهق المشكل هو ذلك المراهق الذي ينحرف سلوكه انحرافا ملحوظا عما نعتبره عاديا بحيث يستدعي هذا الانحراف نوعا من الخدمات التربوية يختلف عما يقدم للمراهقين العاديين. (Heward & Orlansky, 2007)
- ويرى معظم الناس أن السلوك يكون سويا ومقبولا عندما يكون مألوفًا ومتطابقًا مع سلوك الغالبية العظمى من المراهقين في مثل سنه. فإن كان المراهق غير قادر على التكيف مع المعايير السائدة في المجتمع أو لا يريد التكيف معها. فإنه يصبح مراهقا سيئ التكيف (زهران، 2005).

لذلك، تعتبر مسألة تحديد ماهية الشخص المشكل أو الشخص غير المشكل مسألة غير موضوعية. وليس من المستغرب أن نرى عددا من الاختصاصيين العاملين في العيادات النفسية يختلفون في تقديراتهم لعدد من الأفراد بسبب انزلاقهم بمقولة "موضوعية الشخص المشكل أو غير المشكل".

وتحدث البورت عن شخصية المراهق باعتبارها استجابات الفرد المميزة للمثيرات الاجتماعية. وأسلوب توافقه مع المظاهر الاجتماعية في البيئة. وهذا يعني أن شخصية المراهق دالة لسلوكه واستجاباته للمواقف المختلفة (Papalia & Olds, 2005).

الإرشاد النفسي للمراهق

وانطلاقاً من النظريات المنطلقة من عملية التعلم في فهم الشخصية على عنصر أساسي في تعريفها للشخصية وهو السلوك والسلوك المتعلم باعتبارها أنماط السلوك المتميزة (ومن بينها الأفكار والعواطف) التي تميز تكيف كل فرد مع مواقف حياته.

لقد تحدث علماء النفس عن صور مختلفة لمكونات الشخصية الإنسانية وفقاً للأطر النظرية التي صاغها كل واحد منهم للشخصية (Roediger, et al. 2007):

فمكونات الشخصية عند فرويد تتمثل في كون الشخصية منظومة تتضمن ثلاث منظومات فرعية تعمل معاً على المستوى اللاشعوري وهذه المنظومات هي:

- **الهو:** وتحتوي على كل ما هو غريزي ويتطلب الإشباع وفقاً لمبدأ اللذة
- **والأنا:** وهي تنبثق من الهو كي تواجه مطالب الواقع والمجتمع فهي مسيطرة لمطالب هذا الواقع ومن ثم تخضع وفقاً لمبدأ الواقع.
- **والأنا العليا** وهي المنظومة الفرعية الثالثة التي تختص بالقيم والمثل والقوانين والدين والأخلاق... الخ. مروراً بالتطبيع الاجتماعي والتربية المنزلية والمدرسية

وتتمثل المكونات عند يونج في الأنا أو الذات ويشير إليها باعتبارها منظومة شعورية تعمل على التناغم بين الغرائز الفطرية الحيوانية المولود بها الإنسان وبين مطالب المجتمع وقيمه ومثله.

واستخدم كل من روجرز وجولدشتاين وماسلو نفس المكون كأساس في الشخصية. أما ثورندايك فقد بحث في الشخصية في ضوء مكونين أساسيين هما: الإرادة Will ومضاد الإرادة Counter will وهما في صراع دائم حيث تتجنب الشخصية العزلة فهي في حالة جدلية "ديالكتيكية" بين الاستقلال لتحقيق الإرادة "المغايرة"، والتبعية لتحقيق الانتماء "المسايرة".

ويشير البورت إلى المكون الأساسي للشخصية على أنه مجموعة من السمات قسمها إلى سمة كبرى قلبية Cardinal ومجموعة صغيرة من السمات الأساسية أو المركزية Central ومجموعة ثالثة من السمات الثانوية Secondary وإن لهذه السمات وجود حقيقي

وأفرز كاتل مجموعة من السمات العميقة Source traits ومجموعة أخرى من السمات السطحية Surface traits وقد حاول كاتل أن يجمع هذه المجموعة من السمات بالتحليل العاملي وتوصل إلى مجموعة من العوامل Factors (العامل: مفهوم إحصائي يعبر عن مدى تشبع العامل بمجموعة من السمات المرتبطة به ارتباطاً موجباً عالياً).

وقدم هنري موراي تصورا لعدد من المفاهيم التي تكون الشخصية. فقدم قائمة تتراوح ما بين: 20 – 38 حاجة بعضها حاجات ظاهرة Overt needs وبعضها الآخر حاجات كامنة Latent needs وهي بمثابة الساس المكون للشخصية.

وقدم ليفين نظرية المجال وطرح من خلالها مفاهيم جديدة اعتبرت بمثابة مكونات للشخصية حيث ادخل مفاهيم عن الوسط والموقف من حول الفرد. وقدم ما يسمى بحيز الحياة Life – space الذي يعبر عن حاجات الفرد والامكانيات الفعلية للموقف كما يدركها الفرد. وقدم ما يعرف بالتكافؤات Valences التي تحدد الجوانب المرغوبة أو غير المرغوبة بالنسبة لحيز الحياة. كما قدم مفهوم المتجهات Vectors لنشير الى اتجاهات الجذب والحواجز العائقة أمام الهدف. معتبرا سلوك الشخص دالة لحيز الحياة. أي التفاعل بين الشخص والبيئة السيكلوجية. وقدم سارلين مفهوم الدور Role باعتباره مكونا أساسيا في الشخصية بحيث يحدد بعد هذا الدور سلوك الفرد نتاج التفاعل بين الذات والدور.

ولقد بدأ علماء النفس في الآونة الأخيرة ينظرون الى الدماغ باعتباره اساس التعلم فالذي يتعلم هو الدماغ وان التعلم تفكير وان التعلم تذكر وان التعلم معالجة المعلومات. وكلها وظائف الدماغ الفطرية. مما جعل من هذه النظرة الى تعدد المجالات التي تركز على نمو الجهاز العصبي وتناول النمو الانساني من خلال تناول الدماغ نفسه في تطور تركيبه وتطور وظائفه.

وقد لاحظ دارلنج ان ادمغة الاطفال الرضع في عامهم الاول او الثاني تكون في حالة من القابلية للتشكل والتطبع والتقبل. وتبدأ هذه الادمغة بالتشكل نتيجة تفاعل الدماغ/ العقل مع المثيرات البيئية والعلاقات الشخصية الاجتماعية. كما اصبح علماء علم الاعصاب قادرين على توثيق التغيرات التي تمس خلايا دماغ الرضيع الناتجة عن التفاعل المبكر بينهم وبين الراشدين من حولهم. فابتسامة الاب ومناغاة العمة كلها تظهر اثارها على الرضع نتيجة للتغيرات التي تطرأ على الكيفية التي تتصل بها الخلايا العصبية ببعضها البعض (الريماوي، 2007).

وحتى قبل الميلاد فان الاجنة تبدو اكثر حساسية لصوت الام وضربات قلبها. وعندما تولد تكون قادرة على التعرف على صوت الام وتفضله عن أي صوت انثوي آخر. (Owens, 2006)

الا ان جزءا يسيرا من المعلومات حول نمو المخ قد تم استخلاصها من الدراسات التي قدمها كونيل Conel و تانر Tanner عام 1970 حول المخ وفي علاقته الوظيفية بالسلوك والبيئة (Owens, 2002). مثال ذلك ان الطفل حديث الولادة قادر على أداء الكثير من الافعال الحركية لكنه اقل قدرة على الاداء الحسي (المتعلق بالسلوك الحركي) وهو قادر ايضا على تكوين ارتباطات بسيطة بين المثيرات. ويدل فحص مناطق المخ على التمثيل التقريبي بين منطقتي النمو والسلوك. ذلك ان منطقة الحركة في القشرة الدماغية اكثر نموا من المناطق الاخرى.

الإرشاد النفسي للمراهق

ولذلك فالقدرة الوظيفية تتناسب تقريبا مع التكوينات القشرية وإذا كان هذا الافتراض صحيحا بدرجة معقولة. فاننا نستطيع ان نستدل بعض الدلالات عن نمو المخ من واقع السلوك. وأن نضج بعض الانماط السلوكية يقدم لنا العديد من القرائن حول نمو قشرة المخ. (Papalia & Olds, 2006)

(4 – 6) مشكلات المراهقين:

(1) نمو مفهوم الذات لدى المراهق:

يمكن تعريف الذات بأنها المفهوم الذي يكونه الفرد عن نفسه باعتباره مصدرا للتأثير والتأثير في البيئة المحيطة. (اسماعيل، 2001) ويتحدد مفهوم الذات بناء على ادراكه لصفة او عدد من الصفات تشترك فيها مجموعة من الاشياء او المواقف او الاحداث. وتميزها عن غيرها. وبناء على ذلك، فانه يمكن تحديد مفهوم الذات لدى المراهق بناء على ادراكه لصفة او صفات عامة يمكن ان تسند اليه باعتباره قوة متفاعلة مع القوى الاخرى في البيئة المحيطة. أما المفردات التي يمكن ان تعمم عليها او تشترك فيها هذه الصفات. فهي استجابات الشخص نفسه نحو مواقف البيئة المختلفة.

ويستخدم معظم المراهقين معايير الجماعة التي ينتمون اليها كأساس لتكوين مفهومهم عن الشخصية المثالية Ideal personality وقليل منهم يشعرون أنهم قريبون من هذه الشخصية خاصة أولئك الافراد الذين لا يريدون تغيير شخصياتهم.

إن نجاح المراهق في تطوير شخصيته يعتمد على عدد من الظروف والعوامل التي من ابرزها:

- يجب تحديد الشخصيات المثالية بصورة أقرب للواقعية بحيث يمكن تحقيقها والا سوف تؤدي حتما الى الاحساس بالفشل وعدم الكفاءة والشعور بالنقص.
- يجب تحديد نقاط القوة والضعف لدى المراهق بطريقة واقعية فالتناقض الحاد بين الشخصيات الواقعية والذات المثالية سوف يؤدي بالضرورة الى القلق والحيرة والشقاء مع الميل لاستخدام ردود الافعال الدفاعية في المواقف المختلفة.
- يجب ان يكتسب المراهق مفهوما مستقرا للذات. ذلك ان مفهوم الذات المستقر سوف يعطي المراهق احساسا بالاستمرارية يساعده على رؤية نفسه بطريقة متسقة في كل المواقف. بدلا من رؤيتها بطريقة معينة الان ثم رؤيتها بطريقة مخالفة فيما بعد. مما يعني مزيدا من تقدير الذات ينتج احساسا اقل بعدم الكفاءة.
- يجب ان يرضى المراهقون عن انجازاتهم ويكونوا متوافقين لعمل تحسينات في أي مجال يشعرون فيه بالقصور. ان قبول الذات سوف يؤدي الى انواع من السلوك تجعل الآخرين

يحبوه ويقبلوه. الامر الذي يعزز بدوره شعور المراهق بقبول ذاته وقبول الذات من الامور الهامة جدا في تحديد السعادة والتوافق التي يمكن ان يكون عليها المراهق.

(2) أحلام اليقظة:

عرف الباحثون احلام اليقظة على انها انغماس الشخص بالاحلام في وقت غير مناسب على نحو يتضمن عدم القدرة على التركيز. وعرفها اخرون بانها الافكار والخيالات التي يسترسل فيها الشخص عندما يقال انه شارد الذهن. وفريق ثالث قال عنها قصص يرويها الانسان لنفسه بنفسه عن نفسه. وهي نوع من التفكير لا يتقيد بالواقع ولا يحفل بالقيود المنطقية والاجتماعية التي تهيمن على التفكير العادي.

فاحلام اليقظة تجنب المراهق الغبن وتساعد على التحرر من الانفعالات والعواطف المكبوتة في سلوك يمكن ان يتخذ صيغة حل المشكلات والتفكير ورسم التجربة الانسانية بالتكامل الزمني. واسقاطها في مستقبلها عبر ماضيها. وهي ظاهرة طبيعية عادية لا ضرر منها اذا كانت طبيعية وتأخذ طابعا معتدلا من قبل المراهق لكنها تصبح مرضا لديه اذا اسرف في استخدامها مما يؤدي الى عجز الفرد عن الانتباه المتواصل. والى التباس الخيال بالواقع.

هناك اسباب عديدة تؤدي الى احلام اليقظة لدى المراهقين:

1. الادراك بانها اكثر اشباعا من الواقع:

وذلك كأن يتجاوز المراهق من خلالها الحياة اليومية ويطلق ساقيه للعيش بحرية بعيدا عن ظلم الناس ورفض اضطهادهم له. فيرسم صورة مشرقة للغد تحول بينه وبين سقوطه في اليأس والكآبة او القنوط.

2. التعويض عن اعاقه حقيقية:

فغالبا ما يستخدم المراهق حلم اليقظة تعويضا عن الاعاقات الجسدية التي يعانون منها وانهم طبيعيون ومشهورون. وقد يكون الاحباط سببا في تحول المراهق نحو احلام اليقظة. للشعور بالرضا وتحقيق ما لم يستطيع تحقيقه في الواقع.

3. أحلام اليقظة وارتباطها بالخجل:

حيث يكثر استخدام احلام اليقظة لدى المراهقين الذين يعانون من مشكلة الخجل وعدم القدرة على التكيف في المواقف الاجتماعية حيث يحقق المراهق بحلم اليقظة متعة كبيرة خالية من الاحاسيس المؤلمة.

الإرشاد النفسي للمراهق

ويمكن للوالدين والمربين ملاحظة سلوك المراهق وطلب المساعدة الإرشادية إذا كان المراهق يجد صعوبة في التمييز بين الحقيقة والخيال وقد يكون الإرشاد النفسي لفترات قصيرة فعالاً في تخفيض أحلام اليقظة وزيادة النشاطات الإيجابية المثمرة. ويمكن للمرشد النفسي اتباع الأساليب الإرشادية العلاجية التالية في التعامل مع هذه المشكلة:

• التخطيط للنشاطات:

يجب إشراك المراهق الحالم في ظروف الملل والعزلة في نشاطات مع رفاقه ما أمكن. وتشجيعه ومكافأته على النشاط الابداعي الذي يحققه. والتقليل من النشاطات الفردية التي تتيح له فرصة لأحلام اليقظة.

• مكافأة الانتباه والابداعية:

تجاهل أحلام اليقظة لدى المراهق وكافئ الانتباه والانتاجية باستخدام معززات مادية عند الضرورة. ويمكن تقديم المزيد من التعزيزات مع التقدم في الحد من أحلام اليقظة لدى المراهق.

4. حدد مضمون أحلام اليقظة:

لا بأس في أن تناقش المراهق حول مضمون أحلام اليقظة إذا كانت العلاقة التي تربطك بالمراهق علاقة حميمة وودية وتوجيه أحلام اليقظة لديه نحو الانتاجية ومزيد من التنظيم والهدوء وبناء المستقبل.

(3) انحراف الأحداث:

تعد مشكلة انحراف الأحداث من المشكلات النفسية، والاجتماعية التي تواجه المجتمع والأسرة والمدرسة، والتي يهتم بها كل من علماء النفس، والاجتماع والتربية، ورجال القانون. ويبدو أن هذه المشكلة في تزايد مستمر مما يستدعي التدخل للوقاية والعلاج.

ويرى انجلش English أن الجنوح يمثل انتهاكاً بسيطاً للقاعدة القانونية أو الأخلاقية عن طريق الأطفال والمراهقين، فهو يطلق على الأخطاء البسيطة التي يرتكبها الأحداث ضد القانون أو ضد النظام الاجتماعي السائد.

وعرفت بنت Bennet الحدث الجانح بأنه ذلك الطفل الذي تكون جرائمه قد أدت به إلى الحضور أمام محكمة الأحداث أو مراكز توجيه الأطفال. وتتفق معظم النظريات على معالجة هذه المشكلة على أساس نوعين من الجنوح هما (Cohen, 1995):

- **الجنوح الجماعي:** هو الذي يظهر في سلوك الشلل أو العصابات Gangs، وهي تلك الجماعات التي تنغمس في أنشطة منحرفة، مثل: سرقة السيارات، أو الضرب، أو الاغتصاب الجنسي، أو غير ذلك من السلوك المنحرف
- **الجنوح الفردي:** هو الذي يظهر في الأسر والمجتمع على مختلف طبقاته، ويعبر عن محاولة الصغير لحل مشكلة خاصة به. والجنوح الفردي أكثر غموضاً من الجنوح الجماعي لأنه يرتبط بالآثار الناجمة عن ممارسات التربية والتنشئة الخاطئة، التي يخضع لها المراهق منذ طفولته، والتي تزيد من نزعته نحو السلوك العدواني أو الجريمة المتمثلة في رفض ومهاجمة معايير وقيم وضوابط الأخلاق لدى الجماعة (العيسوي، 1984).

وينظر أصحاب الاتجاه السيكولوجي للجنوح على أنه: سلوك منحرف عن العمليات النفسية السوية، يقترفه الحدث كمحاولة لإعادة توازنه، وتخفيف توتراته وصراعاته الداخلية النابعة عن سوء التوافق، والتي تتميز بالعدوان المستمر والمتكرر المباشر سواء تجاه الذات أو تجاه الآخرين نتيجة للأساليب الخاطئة في التنشئة، والشعور بالنقص، والحرمان، والخبرات والإحباطات الطفولية المؤلمة، والعادات، والقيم، والاتجاهات غير السوية (حسنين، 1999). بينما أصحاب الاتجاه الاجتماعي إلى مصطلح (الجنوح) بأنه الأفعال المضادة للمجتمع التي يرتكبها الأطفال أو الأشخاص دون السن القانونية" (رجب، 1998). وعرف شازال (1983) انحراف الأحداث بأنه: "جميع الأفعال غير المتوافقة ابتداءً من المروق الأخلاقي، والهروب من البيت والمدرسة إلى ارتكاب أخطاء بسيطة، وانتهاءً إلى ارتكاب الأفعال الإجرامية التي تتنافى مع القيم والمعايير الأخلاقية التي يرفضها المجتمع ويحرمها القانون". ومن وجهة النظر القانونية. فإن انحراف الأحداث يعني انتهاكاً للقوانين الحكومية الرسمية (العجمي، 1990).

1. الأسباب التي تؤدي إلى جنوح الأحداث:

ان الظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة والصعبة التي يعيش فيها الحدث من أهم أسباب الانحراف، وقد تتداخل مجموعة من الظروف معاً لتشكل بيئة خصبة تؤدي إلى انحراف المراهق، ويعمل المراهقون الجانحون من أجل مساعدة أسرهم مجبرين على ترك المدرسة، مما يساهم في تعرضهم لخطر الاستغلال والإساءة من أصحاب العمل وبيئة العمل، وبالتالي يجدون أنفسهم مضطرين لتعلم الكثير من الأساليب غير الاجتماعية للتكيف والتعايش مع الظروف الصعبة التي يوضعون بها كالشللية، التي تفرض عليهم القيام بالأعمال التي تضمن بقاءهم ضمن الشلة والتي غالباً ما تؤدي بهم إلى السجن أو دور الأحداث. وقد يتعرضون إلى خبرات لا تتوفر فيها الحماية. مثل الاعتداءات والإساءة الجنسية، التي تشكل بالنسبة إليهم خبرات تؤثر في

قيمهم ونظرتهم إلى الكبار الذين يشكلون مصدراً للسلطة والخطر (Grise & Goodnow, 1994).

ويؤكد "هوفمان" (Hoffman, 1991) بأن المراهقين الذين يعيشون في أسر مفككة ويخضعون لأساليب من الرعاية الوالدية الضاغطة والعقابية يندفعون لممارسة اعتداءاتهم على ممتلكات المدرسة وعلى الطلبة والفتيات الأصغر سناً متذرعين بأن المعايير التي يستندون عليها تعتبر قيماً مفيدة لهم وتجعلهم يحصلون على ما يريدونه.

وقد يخرج المراهقون من المدرسة نتيجة اعتقادهم بعدم فائدتها أو أنهم مجبرون على العمل نتيجة عوامل ضاغطة كالتسيب والاكتظاظ والعنف والإساءة) وبالتالي. فإن خبراتهم ومعرفتهم تكون متدنية جداً. مما يجعلهم أكثر عرضة للاستغلال والانحراف والانتماء للشلل من رفاق السوء (Willard, 2001). ويستخدم هؤلاء المراهقين المواد والعقاقير الضارة. وتناول الكحول والمخدرات، مما يزيد من تعرضهم أو ممارستهم للعنف بأشكاله المختلفة، وكلما زاد اعتمادهم على هذه المواد وزادت حاجتهم لها. فإنهم سيلجأون لأي عمل غير مشروع كالسرقة أو الاعتداء على الآخرين للحصول على هذه المواد. وقد تتطور هذه الأنواع من السلوكيات لتصبح مثل سلوك العصابات، وتصبح جزءاً من حياة المراهقين الجانحين اليومية، وتتشكل معها أدوارهم داخل الأسرة وخارجها، وقد تصبح مدعومة من بعض الأسر كالتسول والسرقة والأعمال غير المشروعة.

ويتميز المراهقون بحدة الصراعات الداخلية الناجمة عن الرغبة في الحصول على الاستقلال التام، وإثبات الذات، وقد تسبب هذه الصراعات في توجه المراهق للقيام بسلوكيات خاطئة تعبيراً عن رفضه للسلطة، مما يساهم في زيادة حدة الانفعالات لديه ويصبح في حالة مزاجية متقلبة، ويزداد شعوره بالإحباط وتنمو معه مشاعر الإحساس بالفشل والعزلة (Willard, 2001).

ويرى أريكسون أن الجناح يظهر في هذه المرحلة (مرحلة الهوية) حيث تكون لدى الذكور الهوية دون ألفة أو معرفة، في حين تظهر لدى الإناث ألفة من دون أن تظهر لديهن الهوية، مشيراً إلى أن الجانحين يفشلون في الوصول إلى قيمة الإخلاص وقيمة الذات (Willard, 2001 Self-worth).

ويعتقد كولبرغ أن الجانحين يتميزون بعدم النضج الأخلاقي الذي لا يرتبط بعمر معين، ويرى بأن الجنوح قد يظهر في أي مرحلة من المراحل الثلاثة الأولى من التطور الأخلاقي. (عدس وتوق، 2005).

وطبقاً لدليل التشخيص الإحصائي الرابع (American Psyciatric Association: Diagnostic & Statical Mannual of Mental, Disorders (DSM IV)) للاضطرابات النفسية، فإن اضطراب التصرف قد يشخص عندما يسيء الطفل تصرفه (سلوكه) بشدة من خلال سلوك عدواني أو غير عدواني ضد الناس أو الحيوانات أو الممتلكات، ويمكن أن يوصف سلوكه بالتدميري أو العدواني أو الغش أو العصيان والخداع أو القسوة الجسدية، وتتضمن اضطرابات التصرف، والتسبب في الجرح المعتمد أو الإكراه على النشاط الجنسي (الاغتصاب)، كما هو منصوص عليه في دليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM IV) فإن اضطراب التصرف هو نمط متكرر ودائم من السلوك الذي يكون فيه انتهاكاً للحقوق الأساسية للآخرين أو للمعايير والقوانين الاجتماعية. ويتم تشخيصه من خلال وجود ثلاثة أو أكثر من المعايير التالية في الاثني عشر شهراً الماضية، مع وجود معيار واحد على الأقل خلال الستة أشهر الماضية، وهذه المعايير هي:

- **العدوان على الناس والحيوانات:** كأن يهدد أو يخيف الآخرين. ويستعمل السلاح الذي يمكن أن يسبب أذى جسدياً للآخرين. أو يسرق من الضحية أثناء المواجهة. أو يجبر شخصاً ما على ممارسة النشاط الجنسي.
- **تدمير الممتلكات:** كأن يشعل الحرائق بهدف التسبب بالأضرار البالغة. ويدمر ممتلكات الآخرين بشكل متعمد.
- **الخداع أو السرقة:** كأن يقتحم بيت شخص آخر، أو بناية سيارة. ويقوم بسرقة الأشياء الثمينة دون مواجهة للضحية، ويكذب في أغلب الأحيان للحصول على السلع أو الاستحسان، ويخدع الآخرين.
- **انتهاكات خطيرة لقواعد السلوك:** كأن يبقى في أغلب الأحيان خارج المنزل أثناء الليل، على الرغم من منعه من قبل والديه. أو يهرب من البيت أو المدرسة. (BehaveNet, 1997- 2003).

ب. أساليب علاج الانحرافات الاحداث:

- **الإسترخاء العضلي: Relaxation training:** وهو من الأساليب الشائعة في العلاج النفسي يتعلم المراهق من خلاله كيفية التعامل مع مشكلات وضغوط الحياة اليومية. ويبدأ التدريب بما يعادل من (4- 8) ساعات يومياً ويمكن أن يصبح عادة إذا تم التدريب عليه وممارسته (20- 25) دقيقة يومياً (ابراهيم، 1994).
- **تقليل الحساسية التدريجي: Systematic Desensitization:** يعتمد هذا الأسلوب على مبادئ الإشراف الكلاسيكي. وتتضمن تحليلاً سلوكياً للمثيرات التي تستجبر القلق وردود

الإرشاد النفسي للمراهق

الأفعال التجنبية وبناء هرم للمواقف التي تحدث القلق ثم إجراءات الإسترخاء التي يتم تعلمها وربطها مع المشاهد التخيلية حيث يتم تقديم المشاهد من الأسهل إلى الأصعب ومن الأقل تهديداً إلى الأكثر تهديداً ، ويتم ربط مواقف ومشاهد القلق مع تمارين الإسترخاء حتى يختفي الارتباط بين هذه المثيرات وبين إستجابة القلق (Corey, 2005)

- **الواجبات المنزلية: Home work:** وهي عبارة عن مجموعة من الواجبات والسلوكيات التي يطلب من المراهق القيام بها سواء في البيت أو المدرسة ويتم تحديدها في نهاية كل جلسة. ويتم تقييمها في الجلسة التالية بحيث يكون قد تدرب عليها في الجلسات السابقة. وتتدرج هذه الجلسات من الأسهل إلى الأصعب ولا يتم الانتقال من سلوك لآخر إلا بعد التأكد من إتقان السلوك السابق.
- **التخيل ولعب الأدوار:** وهو من الفنيات التي تساعد على تفريغ الشحنات الانفعالية والرغبات المكبوتة. ويتم ذلك من خلال تمثيل سلوك إجتماعي كما يحدث على أرض الواقع ويقوم المعالج بدور الطرف الآخر لإكمال الموقف التفاعلي وتكون هذه الفنية معتمدة على تعليمات المعالج ، وإذا عجز المسترشد عن تطبيق تلك المهارة يقوم المرشد بالدور ويعمل كنموذج يساعده على التطبيق والتعلم ويعددها يستمر الموقف حتى يتم تعلم السلوك بشكل جيد (شقير ، 2002)
- **الغمر: Flooding:** وهنا يتم تعريض المراهق للموقف المزعج دفعة واحدة بوجود مساندة إنفعالية عالية خصوصا في البداية (الزعبي ، 2006)
- **إسقاط التخلص من القلق: Anxiety Relief Conditinoing:** ويقصد به إقتران المثير المنفر مع حديث داخلي يتبناه المراهق كأن يقول لنفسه: أهذا واسترخ إذا تحمل مثير غير مستحب لمدة قليلة ثم توقف ويوقف المثير مباشرة بعد إشارة معينة فإن هذه الإشارة ستصبح مشروطة مع التغيرات التي سوف تلحق وهي إيقاف المثير غير المستحب كأن يقول المعالج كلمة تثير القلق ومن ثم يتبعها بكلمة: استرخ أو أهذا الأمر الذي يؤدي إلى وقف القلق ومن ثم الإسترخاء.
- **التعزيز: Reinforcement:** وهو أسلوب يستخدم عندما يصدر عن الفرد سلوكا أو نشاطا سارا أو مرغوبا فيه فنقوم بعد ذلك بتشجيع هذا السلوك المرغوب " تعزيز إيجابي "وعندما نسعى إلى إيقاف سلوك غير سار أو غير مرغوب فيه فإننا نوقف هذا التعزيز أي نعمل على عقاب هذا السلوك حتى يتم التوقف عن ممارسة هذا السلوك الغير مرغوب (زهران ، 2005، شقير ، 2002)
- **التحكم الذاتي: Self Control:** يتضمن هذا الأسلوب الإقرار بأنشطة إيجابية وتحديد أهداف بعيدة المدى والعمل على اخذ خطوات والعمل على تحقيقها بحيث تشتمل على

مراقبة الذات: Self Monitoring كان يطلب من المراهق أن يراقب سلوكه والأحداث التي سبقت هذه السلوكيات والنتائج التي تترتب على هذه السلوكيات. **وتقييم الذات: Self Evaluation** - بحيث يتم تقييم الفرد لسلوكياته ضمن معياره الداخلي والمعايير السائدة للسلوك. **وتدعيم الذات: Self - Reinforcement** ويتم ذلك القيام بسلوك إيجابي. فيعمل المراهق على تعزيز وتدعيم ذاته سواء كان ذلك بصورة ضمنية أو مباشرة.

- **إعادة البناء المعرفية: Cognitive- Restructuring Techniques**: حيث يقوم المراهق في هذه الحالة بتسجيل الأفكار السلبية التي يحدث بها نفسه مما يساعده على اختبار الواقع وجعله أكثر وعياً وقدرة على التحكم بهذه الأفكار وأحداثه الذاتية وعندما تواجهه مشكلة يستطيع أن يتحكم بهذه الأفكار وعدم الوقوع بتلك الأخطاء مرة أخرى
- **النمذجة: Modeling**: وهي تلك العملية التي يمثلها سلوك الفرد أو الجماعة (النموذج) كحافز للأفكار المتشابهة حيث تتم عملية التعلم بالمراقبة ، ولقد أكد باندورا (Bandura, 1977) إن الخوف يتم تعلمه من خلال التقليد الاجتماعي أكثر من التجربة الذاتية ، وللنمذجة وظائف عديدة من أبرزها تعلم سلوكيات جديدة ، وكبح استجابات الخوف وتسهيل استجابات لم تظهر بعد .
- **العمليات العقلية بإعتبارها أنظمة تفكير غير عقلاني**: فالأفكار غير العقلانية مسؤولة عن الإضطرابات السلوكية والإنفعالية ، ويحاول المعالج أن يتعرف على نمط التفكير غير العقلاني عند المراهق ومناقشة هذه الأفكار وضحدها وتفنيدها إلى أن يتبنى المراهق فلسفة جديدة في الحياة على أساس منطقي وعقلاني.
- **العمليات المعرفية بإعتبارها أنماط تفكير خاطئ**: وتركز على أنماط التفكير المشوه والمنحرف الذي يقود إلى الإضطراب فيتبنى المراهق أنماطاً من التفكير تمثل المبالغة في تقدير الأمور والتعميمات المغلوطة والتطرف في إصدار الأحكام والتجويد الإنتقائي والإستنتاج الخاطئ ويقوم المرشد هنا بتدريب المسترشدين على التعرف على هذه الأنماط واستخدام الأساليب السلوكية والمعرفية للتخلص من هذه الأفكار الخطأ . (الشناوي 1999، إبراهيم ، 1994)
- **الجوانب المعرفية كأدلة على القدرة في حل المشكلات ومهارات التفاعل**: إقترح ديزوريللا وجولد فرايد وغيرهم Goldfriend Dizurilla and التركيز على غياب مهارات كيفية يتعامل معها ضمن المواقف الحياتية بحيث يتم تدريب المسترشدين على أسلوب حل المشكلات. وذلك من خلال التعرف على المشكلة وتوليد البدائل الخاصة بالحلول واختيار واحدة منها واختبار كفاءة هذا الحل. (الشناوي، 1999)

كلمة التدخين مأخوذة من الفعل "دخن" وهو اصطلاح يعني استنشاق دخان التبغ بعد حرقه. الا ان التدخين الذي يشيع بين الافراد هو استنشاق ناتج عن احتراق التبغ المضاف اليه مواد كيميائية وملايين الذرات الصلبة الدقيقة الناتجة من الرمال. وقد اشار الخالدي (2008) الى عدد من الاسباب التي تؤدي الى انتشار عادة التدخين بين المراهقين وهي:

- الاغراء الاجتماعي والتقليدي: ويعتبر التدخين سبيلا للمشاركة الاجتماعية وحبا للاستطلاع والتجربة.
- الاعتقاد بان التدخين يساعد على القيام بالاعمال الفكرية او قد ينشط الذاكرة اثناء القراءة او الاستذكار.
- ظروف او صدمة عاطفية او نفسية استثنائية قد تكون شخصية او متعلقة بالاسرة. اعتقادا منهم ان التدخين سوف يساعدهم على تحمل هذه المشكلات. لكنهم يستمرون في التدخين بعد ذلك.
- الاعتقاد بان التدخين مظهر من مظاهر الرجولة فصغار التدخين يتطلعون فيه الى مرحلة الشباب ورجولة.
- المؤثرات العامة والاجتماعية ووسائل الاعلام المختلفة.
- دافع الحصول على اللذة وطرد الهموم.

وقد عرض الباحثون عددا من الاستراتيجيات للحد من سلوك التدخين لدى المراهقين. اشتملت على الحظر الكامل على ترويج التبغ من الاعلانات في الصحف والمصقات ومسابقات الكوبيونات ذات الجوائز. ووضع تحذيرات على جميع علب السجائر. واعلام المستهلك بأن بعض مكونات التبغ هي المسؤولة عن الامراض التي يسببها التدخين وخاصة النيكوتين واول اكسيد الكربون، وفرض الضرائب، ومنع البيع للأطفال. ومنع التدخين في الاماكن العامة وفي اثناء العمل.

ويعتبر الضبط الذاتي اسلوبا يعمل فيه الفرد على احداث تغيير في سلوكه عن طريق احداث تغييرات في العوامل الداخلية والخارجية المؤثرة في السلوك. ويتعلق الضبط بكل من مراقبة الذات، وضبط المثيرات، وتعزيز الذات. بحيث تتوفر لتحقيق ذلك كلا من الدافع والرغبة والارادة.

ويمكن للمرشدين كذلك استخدام استراتيجيات العلاج السلوكي المستند الى اجراءات الاشتراط التجنبي، واشتراط المثير واساليب الضبط الذاتي للسلوك، والاشراط الاجرائي

وتشكيل السلوك وجداول التعزيز بهدف التقليل من احتمال حدوث السلوك ومنها الامحاء والاشباع والعقاب.

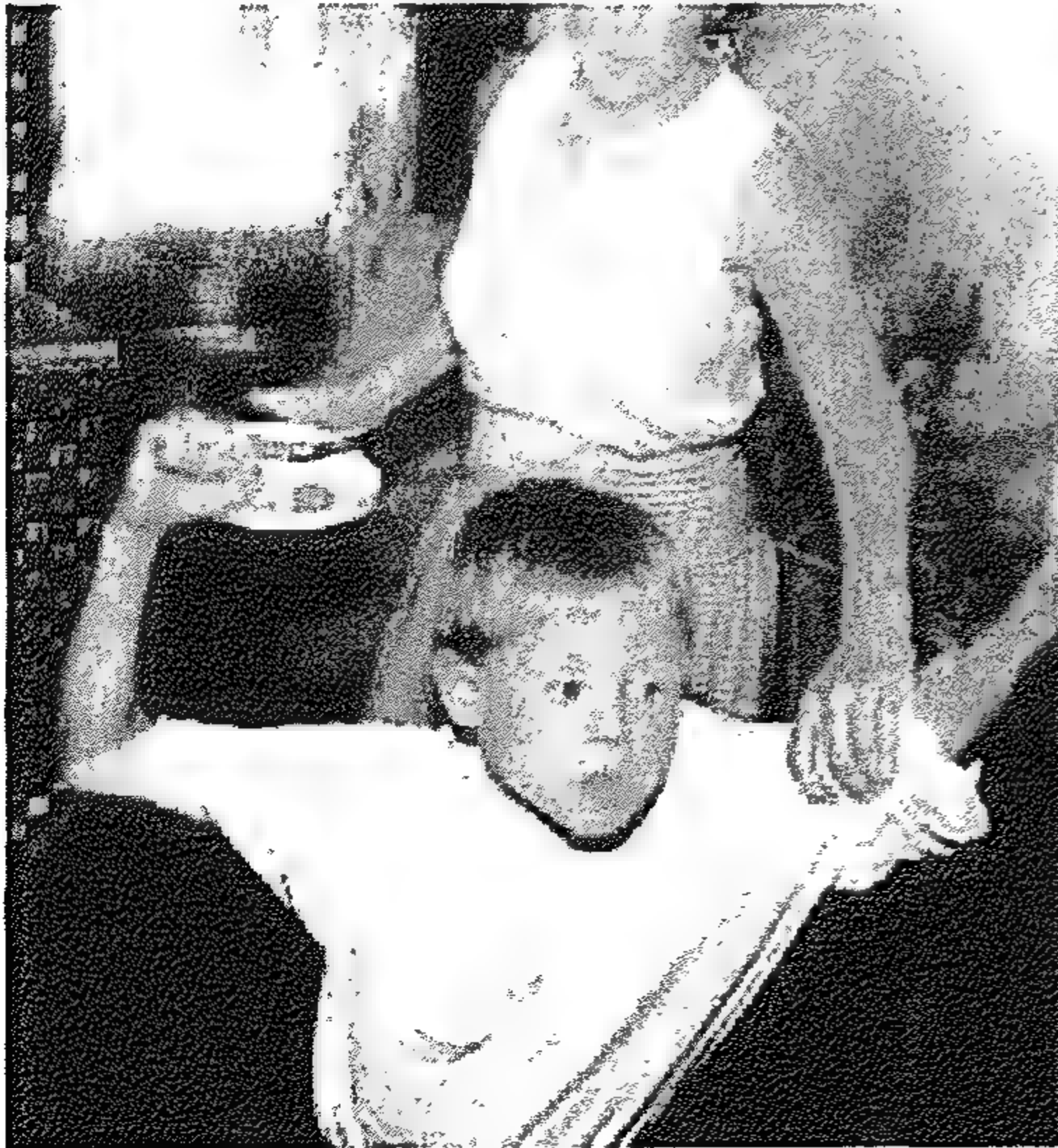
(5) الحساسية الزائدة للنقد:

تعرف الحساسية الزائدة بانها استجابة الشخص بشكل مبالغ فيه وان يشعر بأنه اودي انفعاليا بسهولة. فقد يستجيب الشخص بشكل مبالغ فيه لاتجاهات الآخرين ومشاعرهم. فقد يشعر المراهق بعدم الكفاءة. فيفسر اكثر التعليقات بساطة على انها هجوم موجه ضده. وعندما يتوقع المراهق الشيء الكثير من الآخرين فانه يصاب بخيبة امل على نحو مستمر. وقد يطور المراهق الحساسية الزائدة كطريقة لضبط الآخرين. او يتميز بعدم الانتظام في وظائفه الفزيولوجية والاستجابة للمواقف الجديدة بسلبية او انسحاب. وضعف التكيف للتغيير وتكرار المزاجية السيئة.

ويمكن للمرشدين معالجة الحساسية الزائدة لدى المراهق بواحدة او اكثر من أساليب مواجهة الافكار غير المنطقية، وتعليم اسلوب حل المشكلات، والتحدث مع الذات، والعمل على التعويض عن الحساسية الزائدة التكوينية بان يستجيب للمواقف استجابة قوية جدا بصورة دائمة. ويتعلم في الوقت نفسه التعويض عن هذه النزعة بتطوير اساليب مناسبة لمواجهةها.

(6) العدوان:

العدوان سلوك يقصد به المعتدي إيذاء الآخرين، وتطلق صفة العدوان على أشكال محددة من السلوك (كالضرب والصدم مثلاً)، أو على أشكال معينة من الحوادث الانفعالية أو كليهما معاً، أو على الظواهر المرافقة للحوادث الاجتماعية (كالغضب والكراهة) أو على مضامين



دافعية (كالغريزة والدافع). ولا يتضمن مفهوم العدوان سمات سلبية، كالميل للمشاجرة والسيطرة والصراخ والعنف فحسب وإنما يتضمن سمات إيجابية كالثقة بالنفس والحزم والتوكيد وقوة الإرادة. (رضوان، 2011).

للعدوان أسباب عديدة من أبرزها الرغبة في التخلص من السلطة، أو الشعور بالفشل والحرمان، أو الحب الشديد والحماية الزائدة، كما ان للجو الأسرى والثقافة الأسرية لها دور هي أيضا في إبراز

الإرشاد النفسي للمراهق

مظاهر السلوك العدواني عند أفرادها. والشعور بعدم الأمان وعدم الثقة أو الشعور بالنقص أو الإهانة والتوبيخ. أو الشعور بالغضب، وقد يتعلم المراهق العدوان عن طريق النموذج، أو الغيرة: نتيجة لعدم راحة الفرد من نجاح غيره من الأشخاص. أو الشعور بالنقص، والرغبة في جذب الانتباه. واستمرار الإحباط، أو العقاب الجسدي.

وقد استخدم المنظرون أساليب محددة لعلاج السلوك العدواني كل بحسب ما وضعه من مبادئ لنظريته. فصاغت مدرسة التحليل النفسي هدف العلاج في مساعدة الفرد على التعبير عن الطاقة العدوانية التي لديه بطرق بناءة / لصرف وتنقيس ذلك السلوك بوساطة التعبير المباشر بطريقة مقبولة اجتماعيا. وركزت النظرية الانسانية على العلاقة بين المعالج والعميل بحيث تعمل بمثابة الفرصة اللازمة لكي ينمو ويطور الاستبصار الذاتي الأمر الذي يترتب عليه تقليل السلوك العدواني. كما تحدثت المدرسة السلوكية عن اجراءات واستراتيجيات تعديل السلوك، وأكثر الاجراءات المتبعة التعزيز التفاضلي والاقصاء والتصحيح الزائد والتعزيز الرمزي وتنمية المهارات الاجتماعية خاصة مهارات التفاعل الاجتماعي والنمذجة..... الخ.

(7) العنف:

العنف احد مظاهر العدوان وينطلق من انفعال الغضب الذي يتمثل في الثورة الجسدية التي تنتاب الفرد اذا حيل بينه وبين ما يرغب. وهو بهذا يتخذ مظاهر متعددة كالقسوة والقهر والسباب والتدمير والتوبيخ والضرب وغير ذلك. فالسلطة الابوية التي مازالت تسيطر على اساليب التربية في الاسرة والمتمثلة في استخدام العنف من قبل الاخ الاكبر او المعلم هو امر مباح وهو ضمن معايير المجتمع. كما يرتبط سلوك العنف بشخصية المراهق: والشعور المتزايد بالاحباط وطبيعة مرحلة البلوغ والمراهقة والاعتزاز بالشخصية والاضطراب الانفعالي والنفسي وضعف الاستجابة لقيم ومعايير المجتمع والتمرد والميل الى الانتماء الى الزمر والجماعات وعدم القدرة على مواجهة المشكلات بصراحة.

(8) سلوك التنمر / الاستقواء / المشاغبة:

ويطلق عليه احيانا بسلوك الشغب Bullying وهي مشكلة واسعة الانتشار في المدارس وهي ظاهرة تترك اثارا سلبية على المناخ العام للمدرسة. ويقصد بسلوك المشاغبة Bullying behavior على انه اساءة استخدام القوة الحقيقية او المدركة بين التلاميذ داخل المدرسة بصفة مستمرة ومتكررة بغرض فرض السيطرة والتحكم في الآخرين ويتضمن هذا التعريف التكرار المستمر لاينذاء الآخرين عن طريق ايداء مشاعرهم ببعض الكلمات والعبارات وتكرار الهجمات الجسدية على الآخرين من قبل فرد واحد او مجموعة من الافراد. ويحدث في فناء المدرسة او في

الطرققات. ويمارسه شخص مشاغب Bully لا بد ان يكون ذا قوة جسدية ومهارة لغوية على شخص اخر اقل منه في ذلك يسمى ضحية Victim (سوليفان وآخرون، 2007).

ويتضمن سلوك المشاغبة الضرب والركل للضحية والاستيلاء على او تدمير ممتلكاته الخاصة. وجرح او اهانة مشاعر الآخرين كما يتميز في التنابز بالالقباب البذيئة والتسابق في القاء التعليقات المؤذية على الآخرين. وللعوامل الاسرية والشخصية، والمدرسية والتفاعل مع جماعة الاقران: دور بارز في ظهورها.

ويمكن للمرشد النفسي توفير مناخ امن داخل المدرس، وتدعيم التواصل والتفاعل المباشر بين الالباء ومدرسة الطالب للتأكد من ان الطالب يعيش في بيئة مدرسية آمنة، وفي اشراك الضحية في الانشطة والمواقف الاجتماعية التي تناسب اهتماماته ومساعدته في زيادة ثقته بنفسه ومن مهاراته الاجتماعية وتقديره لذاته، وتدريبه على ممارسة الاستجابات التوكيدية حتى يكون جريئاً وشجاعاً ولديه الثقة بالنفس في مواجهة المشاغب والاشراف والمراقبة على سلوك الطلبة خلال فترات الراحة من قبل المعلمين داخل المدرسة. وتنظيم ذهاب الضحية مع اخر اكبر منه سناً لتجنب الخوف من انتقام المشاغب بالتعاون مع اسرة الضحية واعلامها بذلك. ومدح وتعزيز السلوكيات الايجابية والاجتماعية المقبولة لدى الطلبة. ووضع قواعد واجراءات عقابية محددة ضد المشاغبين مثل اقضاء الامتيازات

(9) الخجل واضطراب التجنب (الانزواء) Avoidance Disorder:

يطلق على حالة الخجل الشديد اضطراب التجنب، ويشير الى المراهق الوجل المفرط في تهيبه أو خجله، بحيث تعوزه الثقة في مجابهة ما يظهر أمامه من أمور عادية حتى وان كانت جديدة. ويمكن تعريف اضطراب التجنب على انه انكماش اجتماعي مفرط من الاختلاط بالغرباء. ويكون في خجل مخالطة الآخرين، والتحدث اليهم، وخجل حضور الاجتماعات، أو الاحتفالات. أو خجل المظهر فقد يعتري المراهق شعوراً بالنقص بسبب وجود عاهات جسمية أو بسبب ما يسمعه من الآخرين عن نفسه منذ صغره أو نتيجة عوامل أخرى كانهخفاض مستوى الثياب التي يلبسها. أو عدم تمكنه من دفع اشتراكات أو تكاليف يطلب منه دفعها أو بسبب انخفاض مستوى تحصيله مقارنة بزملائه داخل الفصل. أو افتقاده الشعور بالأمن، وإشعار المراهق بالتبعية، أو طلب الكمال أمام الأقران (أبو عبيد، 1996). وتقليد الوالدين وتدعيمهم له وتغيير الوطن. أو اضطرابات النمو الخاصة والمرض الجسمي.

(10) الغيرة Jealous:

الغيرة حالة انفعالية يشعر بها الفرد في صورة غيظ من نفسه أو من المحيطين به أو أحدهم. ويرتبط الشعور بالغيرة بنمو المشاعر والعلاقات بين المراهق وأمه منذ الأيام الأولى لولادته. وتصبح هذه العلاقة مهمة ومؤثرة في حياة المراهق مع العمر.

(11) الكذب:

الكذب ونقيضه الصدق سلوكان مكتسبان ولا يورثان شأنهما في ذلك شأن الأمانة. ويعرف الكذب على أنه سلوك اجتماعي غير سوي يؤدي إلى العديد من المشكلات الاجتماعية. مثل عدم احترام الصدق، والخيانة، وغالباً ما يقوم به المراهق من أجل تغطية سلوك خاطئ قام به أو ذنب ارتكبه أو جريمة قام بها. بهدف التخلص من العقاب.

ينتشر الكذب الخيالي: **Fantastic lies** لدى المراهق. كما قد يلجأ إلى الكذب أحياناً من غير قصد (ككذب الالتباس). حينما تلتبس عليه الحقيقة ولا تساعد ذاكرته على سرد التفاصيل. فيحذف بعضها ويضيف بعضها الآخر. بما يتناسب وقدراته العقلية. وقد يشعر المراهق بالنقص فيلجأ إلى التعويض عن نقصه بتفخيم الذات أمام الآخرين (الكذب الادعائي وكذب التفاخر: **Lies of Exaggeration**). إلا أن أكثر أنواع الكذب شيوعاً بين المراهقين الكذب الدفاعي (الانتفاعي). وهم يهدفون بهذا النوع من الكذب إلى إبعاد الأذى عنهم ومنع عقوبة متوقعة عليهم. ويتعلم المراهق معظم سلوكياته وهو صغير من أبويه والمحيطين به ويسعى لتقليدهم أنماط السلوك التي يقدمونها له وكأنها السلوك القدوة. وقد يندفع المراهق إلى الكذب حتى لا يقع عليه العقاب من قبل معلمه. وأن يصدق الأب قوله دون أن يتحرى الحقيقة منه. أو تبرير المراهق لمعلمه عن سلوك أحدثه وعدم قيام المعلم أيضاً بتحري الحقيقة.

مراجع الوحلة الخامسة

المراجع العربية:

- إبراهيم ، عبد الستار (1994) العلاج السلوكي المعرفي الحديث أساليبه ومبادئ تطبيقه
- أبو عبيد، هيفاء (1996): الانعزال عند الطلبة. عمان: وزارة التربية والتعليم، رسالة المعلم، العدد: الرابع، المجلد السابع والثلاثون،
- أبو غزال، معاوية محمود (2006). نظريات التطور الانساني وتطبيقاتها التربوية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- أبو لباد، ياسر. (2007). جماعات الرفاق في المدارس خصائصها وأنماط سلوكها الاجتماعية. عمان: دار جرير للنشر والتوزيع.
- أبو مغلي، لينا. (2005). تطور الصداقة لدى الطلبة الاردنيين في الأعمار (10 - 16) سنة وعلاقتها بالتكيف النفسي والاجتماعي والجنس. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.
- اسماعيل، محمد عماد الدين (2001): الطفل من الحمل الى الرشد (الجزء الثاني: الصبي والمراهق)، الكويت: دار القلم
- الاشول، عادل عز الدين (2005): علم النفس النمو، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
- التهامي، حسين. (2008). السلوك الإنساني مقدمة في العلوم السلوكية. الجيزة، مصر: الدار العالمية للنشر والتوزيع.
- حسنين، أشرف عبد الكريم محمد (1999). برنامج مقترح لرعاية الأحداث بالمؤسسات ذات النظام المفتوح لتعديل بعض الانحرافات السلوكية لديهم، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- حسين، سلامة عبد العظيم، وحسين، طه عبد العظيم (2007). استراتيجيات ادارة الصراع المدرسي. عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- الخالدي، عطا فؤاد (2008) ارشاد المجموعات الخاصة، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع. الاردن
- درويش، زين العابدين (1999). علم النفس الاجتماعي: أسسه وتطبيقاته. القاهرة: دار الفكر العربي.
- راجح، احمد. (2009). أصول علم النفس. عمان: دار الفكر.
- رجب، علا عبدالفتاح (1998). الابتكار والذكاء لدى الأحداث الجانحين والأطفال العاديين في مرحلة الطفولة المتأخرة، رسالة ماجستير غير منشورة، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- رضوان، سامر جميل (2009): الصحة النفسية، عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع

- الريماوي، محمد (2003). علم نفس النمو. عمان: دار المسيرة للنشر والطباعة والتوزيع.
- الزبيدي، علي جاسم عكلة (2009): سيكولوجية الكبر والشيخوخة. اثراء للنشر والتوزيع، الاردن.
- الزعبي، احمد محمد (2006) الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، مكتبة الرشد، ناشرون
- زهران، حامد عبد السلام (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: عالم الكتب.
- سوليفان، كيث، وكلارك، ماري، وجيني سوليفان (2007) سلوك المشاغبة في المدارس الثانوية: ماهيته وكيفية. ترجمة طه عبد العظيم حسين. عمان: دار الفكر. الاردن
- شازال، جان (1983) الطفولة الجانحة، ترجمة: أنطوان عبده، بيروت: منشورات عويدات.
- شريم، رغده (2009). سيكولوجية المراهقة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة
- شقير، زينب محمود (2002) علم النفس الإكلينيكي - التشخيص النفسي - العلاج النفسي والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة والنشر
- الشناوي، محمد محروس (1999). نظريات الارشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب.
- عبد الغفار، عبد السلام (2007). مقدمة في الصحة النفسية: عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- عثمان، إبراهيم. (2006). سيكولوجية النمو عند الأطفال. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع، ودار المشرق الثقافي.
- العجمي، عبيد شبيب (1990). التفكير الأسري وجنوح الأحداث - دراسة ميدانية في المجتمع الكويتي، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنيا، مصر.
- عدس، عبد الرحمن، توق، محي الدين (2005). مدخل إلى علم النفس. عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- عقل، محمود عطا (1998): النمو الانساني: الطفولة والمراهقة. الرياض: دار المريخ للنشر والتوزيع.
- العيسوي، عبد الرحمن (1984). سيكولوجية الجنوح، بيروت: دار النهضة العربية.
- الفقي، حامد عبد العزيز (1995): دراسات في سيكولوجية النمو، الكويت: دار القلم.
- فهمي، مصطفى احمد (1995). الانسان وصحته النفسية. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
- مرسى، سيد عبد الحميد (1996). الارشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني. القاهرة: مكتبة الخانجي.
- ملحم، سامي محمد (2013): علم نفس النمو: دورة حياة الانسان. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- المليجي، عبد المنعم والمليجي، حلمي (1993). النمو النفسي.. القاهرة: دار النهضة العربية.
- هيرت، مارتن (1980). مشكلات الطفولة، ترجمة عبد المجيد نشواتي، دمشق: جامعة دمشق.

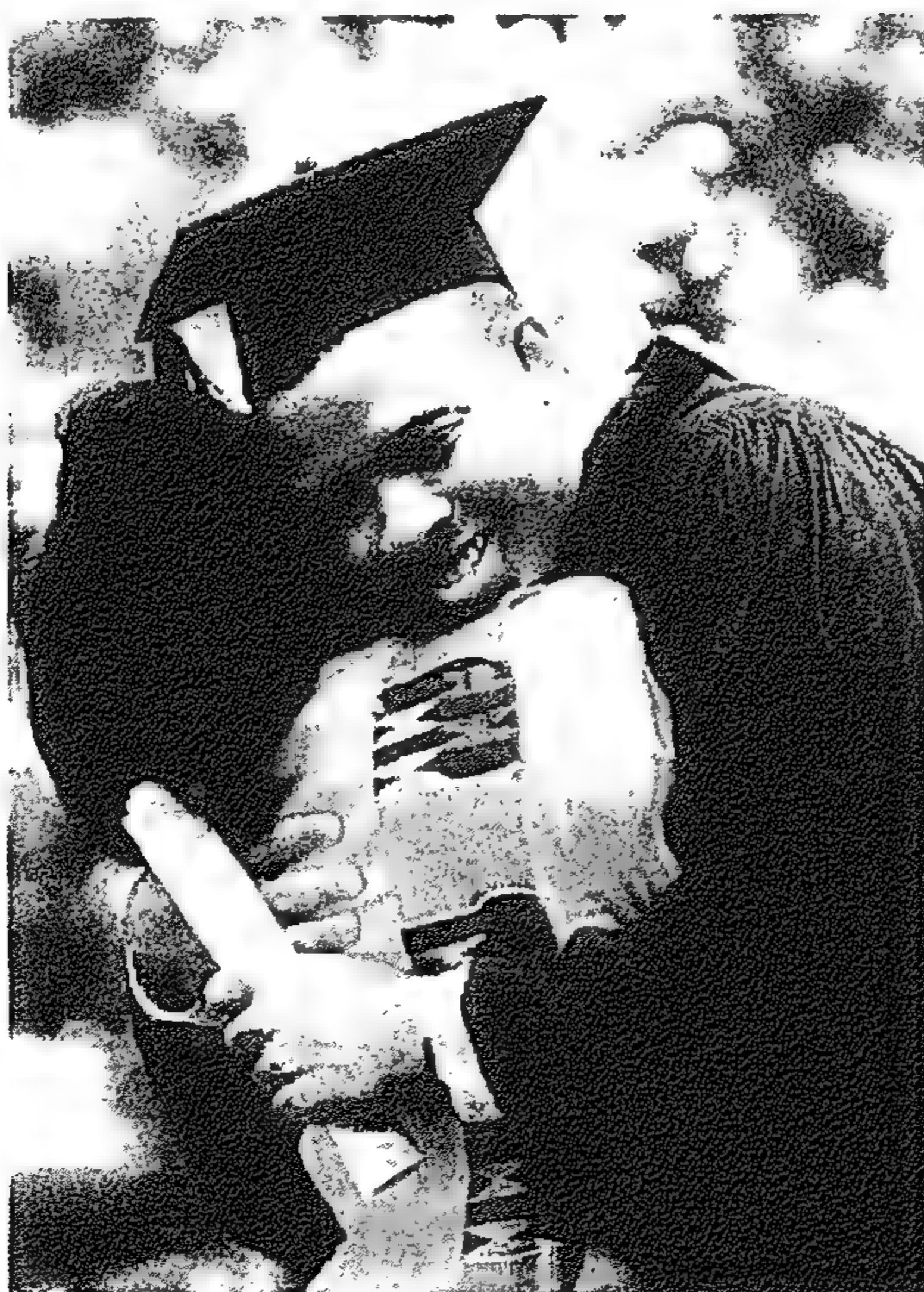
- American Psyciatric Associatioin: Diagnostic & Statical Mannual of Mental, Disorders (DSM IV)
- Aronfreed, J. ; (1998). **Conduct and conscience: The socialization of internalized control over behavior**. New York: Academic press.
- Baer, J. ; (2009) **Adolescent development and the Junior high school environment**. *Social work in education*. V 21N4. p 238 – 48. Oct.
- Bandura, A. ; (1977). **Social Learning Theory**. New Jersey: Prentice – Hall, Inc. Englewood Cliffs.
- Behavenet. <http://www.behavenet.com/capsules./disorders/Cndct.htm> (1997-2003).
- Berk, L. E. ; (2007) **Infants, Children, and Adolescents**. Boston: Allyn and Bacon.
- Bernard, H. W. ; (2004). **Human development in Western culture**. Boston: Allyn and Bacon.
- Biehler, R. F. & Hudson, L. ; (2006). **Developmental psychology: An introduction**. Boston: Houghton Mifflin company.
- Blair, G. , et al. ; (2005). **Educational psychology**. New York: the Macmillan co.
- Brannon, L. , & Feist, J; (2009) **Health psychology**. Australia: Thomson learning academic recourses center.
- Cohen, E. (1995). **The Development of Social & Knowledge: Morality and Convention**. New York: Columbia University Press.
- Corey, G. (2005). **Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy**. U. S. A. Thomson, Brooks/Cole.
- David, G. (2007). **Social development**. New jersey: Englewood Cliffs.
- Foltz, Carol; And Others. (2005). **Proof Construction: Adolescent Development from Inductive to Deductive Problem-Solving Strategies**. *Journal of Experimental Child Psychology*; v59 n2 p179-95 Apr
- Gewirtz, J. L. ; (1999). **Mechanisms of social learning: some roles of stimulation and behavior in early human development**. (In) *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- Giancola, P. (2000). **Adolescent Behavior problems: peer pressure Is All It Is Cracked Up To Be**, the Erice Database

- Gormly, A. V. ; (1997). **Life - Span human development**. New York: Harcourt. Brace college publisher.
- Grace, J. , & Marguerite, K. ; (1995). **Children today**. New Jersey: Englewood cliffs, Prentice – Hall, Inc.
- Greenberger, Ellen; Chen, Chuansheng; Beam, Margaret R. (1998). **The Role of "Very Important" Nonparental Adults in Adolescent Development**. Journal of Youth and Adolescence; v27 n3 p321-43 Jun.
- Grinder, R. ; (1993). **Studies in adolescence**. New York: Macmillan.
- Grisec & Goodnow, (1994). **Children and Adolescents**, Third Addition. Allyn and bacon, Bosten.
- Halonen J. S. , & Santrock, J. W. ; (2009). **Psychology: Contexts of behavior**. Madison: Brown & Benchmark Publishers.
- Heward, W. , L. , & Orlansky, M. , D. , (2007). **Exceptional children**. New York: Merrill, an imprint of Macmillan Publishing company.
- Hines, Alice M. ; (1997) **Divorce-Related Transitions, Adolescent Development, and the Role of the Parent-Child Relationship: A Review of the Literature**. Journal of Marriage and the Family; v59 n2 p375-88 May.
- Hoffman (1991). **Psychology of Adolescence**. New York: Holt, Rinecart and Wiston, Inc.
- Hurlock, E. ; (1980) **Adolescence development**. New York: McGraw- Hill.
- Lingren, G. Herbert. (1995). *Adolescence and peer pressure*. (on – line). Available: File: //www. Mailto: pubsUni. Edu? Subject= Comment form NF 211
- Markstrom, Carol A.. (1999). **Religious Involvement and Adolescent Development**. Journal of Adolescence; v22 n2 p205-21 Apr.
- McCelland, D. ; (1991). **The achieving society**. New Jersey: Princeton, Von Nostrand Reinhold Co. ,
- Mead, M. ; (1998). **Male and Female**. New York: Dell.
- Mellou, Elein. (1994). ATheoretical perspective on the relationship between Dramatic play and creativity. *Early child development and care*,100 (1). p71-89
- Merrell, K. (2003). **School social behavior scales, (SSBS-2)**. Available: [http: // www. assessment – intervention. com](http://www.assessment-intervention.com).
- Owens, K. B. ; (2006) **Child & adolescent development: An Integrated approach**. Australia: Wadsworth, Thomson learning.

- Pahuja, N. (2004). *Psychology of learning and development*. New delhi: anmol publications.
- Papalia D. E. , & Olds S. W. ; (2005) *Psychology*. New York: McGraw – Hill Book Company.
- Papalia, D. E, & Olds, S. W. ; (2006) *A Child's world*. New York: McGraw – Hill, INC.
- Paulson, Sharon E. ; (1999). Rothlisberg, Barbara A. ; Marchant, Gregory J.. **Teachers' Perceptions of the Importance of an Adolescent Development Knowledge Base for Instructional Practice**. *Research in Middle Level Education Quarterly*; v22 n2 p25-38 Win.
- Petersen, Anne And Others.. ; (1995). **Adolescent Development and the Emergence of Sexuality**. *Suicide and Life-Threatening Behavior*; v25 suppl p4-17.
- Piaget, J. & Inhelder, B. ; (1969). *The psychology of the child*. New York: Basic books.
- Pikunas, J. ; (1996). **Human development: An Emergent science**. Tokyo: McGraw-Hill Kogakusha.
- Repp, A. C. ; (1983). **Teaching the mentally retarded**. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice – Hall. Inc.
- Reppucci, N. Dickon. ; (1999). **Adolescent Development and Juvenile Justice**. *American Journal of Community Psychology*; v27 n3 p307-26 Jun
- Roediger, III, H. L. , et al. ; (2007). *Psychology*. Boston: Little Brown and Co.
- Rohwer, Jr. W. D. , et al. ; (2004) **Understanding intellectual development: Three approaches to theory and practice**. Hinsdale, Illinois: The Dryden press.
- Schickedanz, J. et al. ; (2004). **Understanding children**. London: Mayfield publishing company,
- Wigfield, Allan; Eccles, Jacquelynne S. (1995).. **Middle Grades Schooling and Early Adolescent Development: Part II: Interventions, Practices, Beliefs, and Contexts**. *Journal of Early Adolescence*; v15 n1 p5-8 Feb.
- Willard, Nancy. (2001). **The Nature of Morality and Moral Theories**. Retrieve August 12/2002. From. http://www.E/morla_dev_8.htm

الوحدة السادسة

الارشاد النفسي للراشد



الوحدة السادسة

الارشاد النفسي للراشد

أولاً: المقدمة:

(1 - 1) تمهيد:

عزيزي الدارس: أهلاً بك في الوحدة السادسة من هذا الكتاب والتي تبحث في نمو الراشد وأساليب إرشاده في الحياة الانسانية التي تتسم بالتعقد والتغير. وهي المرحلة التي تظهر على الفرد الذي ينهي تعليمه المدرسي ويدخل سوق العمل. وتمثل ذروة انتاجه ووصوله الى تمام النضج.

تتألف الوحدة السادسة من هذا الكتاب من ستة أجزاء يبحث الجزء الأول منها في طبيعة المرحلة وخصائصها، ويبحث الجزء الثاني في نمو شخصية الراشد ومسألة الهوية، ويبحث الجزء الثالث في زواج الراشد وحياته الأسرية. ويبحث الجزء الرابع في الصحة والمرض والاحساس بالالهم وأهميته وفي الجزء الخامس يبحث في النمو المهني ومراحله وأساليب الارشاد فيه. أما الجزء السادس والأخير فيبحث في الاضطرابات النفسية للراشدين وأساليب الارشاد فيها.

(1 - 2) أهداف الوحدة:

عزيزي الدارس: يتوقع منك بعد الانتهاء من دراسة مادة هذه الوحدة ان تصبح قادراً على أن:

1. تعرف من هو الراشد وخصائصه
2. توضح الحياة الاسرية للراشد
3. تبين صحة الراشد وتعرضه للمرض
4. توضح النمو المهني للراشد وأساليب الارشاد فيه
5. تحدد الاضطرابات النفسية للراشد وأساليب الارشاد فيها

ثانياً: طبيعة مرحلة الرشد وخصائصها:

تمثل مرحلة الرشد مرحلة جديدة في الحياة الانسانية تتسم بالتعقد والتغير (Kimmel, 1980). وقد أشار الباحثون الى سن الرشد باعتبارها الفترة الزمنية التي يصل فيها الفرد الى مرحلة نمو اختيارية Optional period وهي المرحلة التي تظهر على الفرد الذي ينهي تعليمه المدرسي ويدخل سوق العمل وتكون هذه المرحلة عادة عند حوالي سن 18 سنة. بينما أشار آخرون الى أن مرحلة الرشد تعتبر مرحلة الكبار التي تشتمل بالاضافة الى الفترة العمرية للشباب

مرحلة الشيخوخة التي تمتد حتى نهاية العمر وتمثل هذه المرحلة ذروة انتاج الفرد والوصول الى تمام النضج.

ويؤثر مدى نجاح الفرد او في فشله في تحقيق مطالب نموه على مدى نجاحه او فشله مستقبلا. وعندما يتخلف النضج بالفرد في اي ناحية من نواحيه الجسمية او العقلية المعرفية او الانفعالية العاطفية او الاجتماعية. فان الفرد يجد صعوبة في تكيفه لمطالب بيئته. مما يؤثر ذلك في انماط السلوك التي يحدثها. ولذلك نلاحظ عليه الحساسية والعدوانية والاندفاعية وغير ذلك من مظاهر السلوك التي تعبر عن عدم تكيفه. ومع نهاية هذه المرحلة تبدأ ظهور عوامل الانحدار والضعف التي تلازم الفرد بعد ذلك في شيخوخته. ويبدأ شعور الفرد بضعف قواه البدنية فيميل الى تعويض ذلك عن طريق نشاطه العقلي المعرفي وابتكار حلول جديدة لمشكلاته القديمة التي لم يعد يستطيع مواجهتها بالقوة البدنية.

(2 - 1) خصائص مرحلة الرشد:

تتميز هذه المرحلة من حياة الانسان بعدد من الخصائص الرئيسية التي تميزها عن غيرها من مراحل النمو الانساني تتمثل في الآتي: (Hurlock, 1980)

(1) الانجاب:

تمثل مرحلة الرشد أكثر الأدوار أهمية في حياة المرء. خاصة وانها ترتبط بعملية الزواج والوالدية والانجاب. حيث تقوم المرأة بدور رعاية الاطفال. وتكون الوالدية هي الشغل الشاغل لكل من الرجل والمرأة.

(2) الاستقرار:

ومع قيام الراشد بدور العائل الذي يكسب قوت عيشه الى جانب دور الوالد الذي يقوم برعاية ابنائه أيضا. فانه يتبع نمطا ثابتا نسبيا من السلوك في مجالات الحياة. يميزه عن بقية الافراد من اعمار مختلفة. بحيث يصعب عليه تغيير نمط حياته التي اعتاد عليها في تلك المرحلة.

(3) الاستقلالية:

وفي هذه المرحلة من العمر يواجه الراشد مشكلات عديدة تختلف كما ونوعا عن المشكلات التي واجهها في مرحلة الطفولة او المراهقة مما يستدعي اتخاذ قرارات مستقلة وحاسمة في حلها. وعدم لجوئه الى الآخرين (من والدين ومعلمين) في حلها.

4) اتخاذ القرارات الهامة:

وفي هذه المرحلة يسعى الراشد الى تحسس معالم الحياة الجديدة على الارض والذي وجد نفسه فيها بحيث يتطلب منه اتخاذ قرارات صعبة تحدد مسيرة حياته المستقبلية ومن سيشاركه حياته تلك من الجنس الآخر. مما يخلق جوا من التوتر والصراع لديه. أكثر تعقيدا وصعوبة مما كان يواجهها في فترة المراهقة. ومع ذلك نجد الراشد في منتصف الثلاثينات من العمر وقد حل معظم مشكلاته. ويتناقص التوتر الانفعالي ويلاحظ عليه حالة استقرار انفعالي مع نهاية مرحلة الرشد عند حوالي سن الأربعين.

ثالثاً: نمو الشخصية والتوافق ومسألة الهوية:

تعد مرحلة الرشد من أكثر مراحل النمو الانساني امتلاءا وفردية وتوحدا. فالفرد في هذه المرحلة يتعرض الى كم هائل من الضغوط من مختلف جوانب الحياة المحيطة به. من اجل ان يجد لنفسه مكانة في المجتمع ويحقق ذاته. بالرغم من تميز هذه المرحلة في عدم وجود دعم كاف للفرد كي يحقق هذا الانجاز. مقارنة بمراحل العمر السابقة وحتى اللاحقة (مرحلة الشيخوخة). ولذلك نلاحظ على الراشد الحركة والتغير اللذين يتم التعبير عنهما بطرق متعددة. يمكن تحديدها بما يلي:

(3 - 1) استقرار هوية الانا او الذات:

يقصد بهوية الانا او الذات Ego identity المشاعر التي يكونها الفرد عن نفسه. وتتسم بقلة تأثرها بخبرات الفرد المؤقتة او العارضة كما كان يحدث في مراحل عمرية سابقة. ويلاحظ التزام الشخص بالادوار الاجتماعية خاصة ما يتعلق منها بالدور المهني وكذلك بالآخرين كالزوجة والابناء. ويصبح الشخص أكثر استقرارا واتساقا ووضوحا مما حدا بالباحثين تسمية هذا التوجه باستقرار الهوية الشخصية (هوية الانا او الذات).

(3 - 2) تحرير العلاقات الشخصية:

ويصبح الشخص في هذه المرحلة أقل تأثرا برغباته ونزعاته وخيالاته الخاصة في علاقاته الشخصية اذا قورن بالمرحلة السابقة من النمو (مرحلة المراهقة). مما يسمح له بتنمية علاقاته مع الآخرين بما يتفق مع الخصائص والحاجات التي يتسم بها الآخرون. وتقل حالات الشعور بالقلق والتوتر. ويزداد تقبله للآخرين وتكوين علاقات شخصية ناجحة معهم.

(3 - 3) تعميق الميول والاهتمامات:

وفي مرحلة الرشد المبكر. يظهر الشخص التزاما حقيقيا بميوله واهتمامته سواء اكانت في المجال الاكاديمي أم في المجال المهني. وهو في هذه المرحلة يختلف عن مراحل النمو السابقة

التي تميزت بالتغير وقصر مدى اهتماماتهم وميولهم. وبالتالي فإن الشخص في هذه المرحلة يستفيد من انشطته في ضوء المهارات التي يتعلمها والانجاز الذي يحققه. والاشباع الذي يحصل عليه.

(3 - 4) زيادة انسانية القيم:

يظهر على الافراد في مرحلة الرشد المبكر وعيا متزايدا بالمعنى الانساني للقيم وبالوظيفة التي تؤديها في المجتمع. وتتطور نظراته للاخلاق اعتمادا على خبرات الحياة والنظام القيمي العام للمجتمع.

(3 - 5) توسيع نطاق الرعاية:

ويتسع اهتمام الشخص في هذه المرحلة برفاهية الآخرين من زوجة وابناء واقارب واصدقاء وغيرهم من الاشخاص الآخرين خاصة اولئك الذين ينتمون الى الفئات الأقل حظا في المجتمع مثل الفقراء والمرضى والمقهورين. ويتزايد الاتجاه نحو التعاطف معهم.

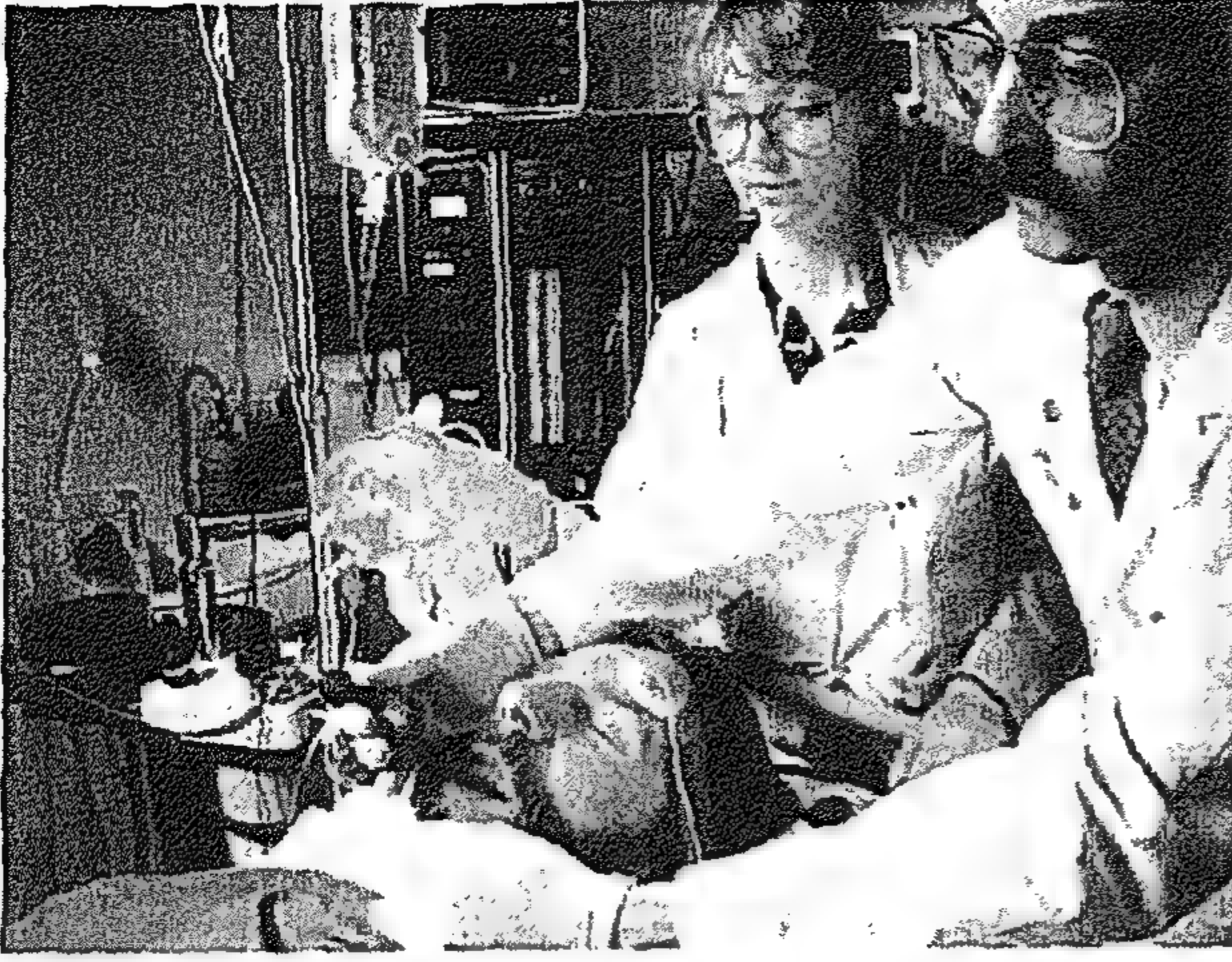
رابعاً: الزواج والحياة الأسرية:

الأسرة تنظيم اجتماعي يتألف من أب وأم وطفل أو أكثر لكل منهم ادواره ومسؤولياته. ويمكن النظر الى الأسرة من جانبين: الجانب البنيوي الذي يركز على نمط التنظيم الذي يميز هذه الوحدة المجتمعية وعلى تحديد أعضاء هذه الوحدة. وكيفية ارتباطهم ببعضهم ببعض. وطبيعة العلاقات الاجتماعية بينهم. والجانب الوظيفي الذي يركز على انشطتها وعلى الدور الذي تلعبه في حياة افرادها.

وتقوم الأسرة بتكوينها الاساسي على عدد من الوظائف الهامة في حياة الفرد: فهي السياق الطبيعي للعلاقات الجنسية الشرعية، والانجاب الشرعي، واساس البنية الاجتماعية، والمؤسسة المسؤولة عن تطبيع أعضائها، وتنمية دور الرفقة بينهم. ويمثل الزواج وتكوين الأسرة أحد المؤشرات البارزة في حياة الراشد. ومع الرشد يصبح الانسان مسؤولاً عن رعاية وتنشئة وتدريب وتربية الابناء. بعد ان كان هو نفسه مركز الرعاية والتنشئة من قبل الوالدين.

ولما كان لكل فرد شخصيته المتفردة التي تؤثر في طريقة تناوله للمواقف المختلفة وطريقة التعامل معها. فقد ظهرت مجموعة من الخصائص التي ترتبط بالرضا الزوجي تتمثل في كل من الانضج الانفعالي، والتحكم الذاتي وضبط النفس، والرغبة في اظهار الأدوار الشخصية لشريك الحياة، والقدرة على اظهار العاطفة والاعتبار نحو الآخرين، وعلى معالجة الاحباط والتحكم في الانفعالات، والتقدير العالي للذات، والمرونة.

خامساً: الصحة والمرض:



أشارت الدراسات الى ان الوراثة تتحكم جزئيا على الأقل في معدلات التدهور الجسمي لدى الافراد والمصاحب للتقدم في العمر. بالإضافة الى عدد من العوامل البيئية التي تلعب دورا بارزا في هذا المجال. فوفاة أحد الزوجين، أو الطلاق، وتغيير العمل أو محل الإقامة تشكل ايضا مواقف ضاغطة تسرع

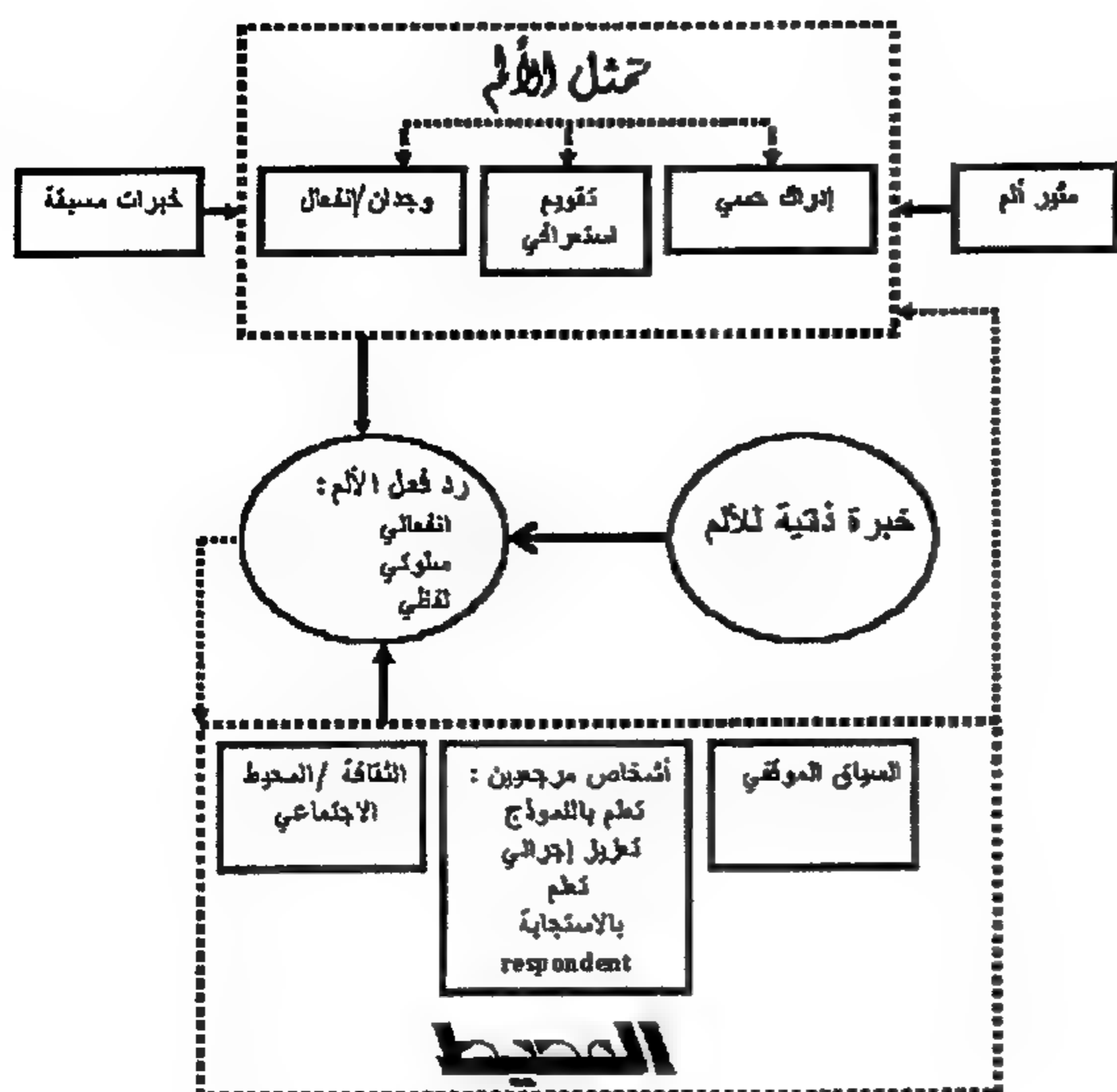
بالتقدم في السن. وتزيد من قابلية الفرد للاصابة ببعض الامراض. وتحدثت الدراسات كذلك عن مدى العمر الذي يمكن ان يعيشه الفرد مشيرة الى ان الافراد المتزوجين يعيشون فترة اطول من اندادهم من غير المتزوجين. ويعزو الباحثون سبب ذلك بالاستقرار الاجتماعي الذي يهيؤه الزواج لهم. وان عددا من العوامل تلعب دورا هاما في التغلب على التغيرات الجسمية التي تصاحب التقدم في العمر. بالطريقة التي يتناول بها الفرد حياته. كما ان بعض العادات الشخصية التي تمارس من قبل الافراد ترتبط بالصحة والمرض وتمتد اثارها الى مرحلة الشيخوخة كالتدخين، وتعاطي المسكرات والمخدرات، والنوم الأقل من سبع ساعات في الليل، والفشل في تناول طعام الافطار، وزيادة الوزن، وعدم ممارسة الالعاب الرياضية بشكل منتظم، والأكل بين الوجبات. وتحدثت الدراسات كذلك الى ان معدل الوفيات يزداد بين أولئك الذين يمارسون اربع عادات او اكثر من العادات المشار اليها اعلاه.

(5 - 1) الاحساس بالألم:

الألم هو الاحساس الذي نشعر به عندما تصبح بعض جوانب البيئة خطرة على بعض أجزاء الجسم. ويكفي مثلا وخزة دبوس لكي تثير الاحساس بالألم. وكلما أصبح الحدث اكثر تطرفا كلما تزايد الاحساس بالألم. ويصعب على الفرد التكيف مع الاحساس بالألم. بحيث يصعب على الانسان ان يعتاد على الألم طالما ان الألم يعتبر بمثابة انذار بوجود شيء ما خطر يهدد الكائن الحي. وان على الكائن العمل على ازالة مصدر الخطر هذا. (Carson, et al.; 2007)

وتشير الدراسات المستفيضة

في هذا المجال ان القبائل البدائية اكتشفت أن بعض مشتقات النباتات مثل الافيون والحشيش يمكن ان تقتل الالام. ولازال الطب في عصرنا الحاضر يستخدم مشتقات بعض هذه العقاقير كمزيل للالام. وأقرت الدراسات أيضا ان منطقة الاحساس في اللحاء هي الاكثر تأثرا بالمواد المستخدمة في التخدير. حيث ان عمل القلب والرئتين يسيطر عليه النخاع المستطيل. ولا ينبغي تحت اية ظروف ايقاف عمل هذين العضوين.



شكل (1): الخبرة الذاتية للألم و واستجابات الألم

وبالرغم من ان الاحساس بالألم يصعب التكيف معه. الا ان الالام قابل للتعديل عن طريق الثلاموس. وان كان هذا التعديل يتم بصورة أقل من تعديل الاحساسات الجلدية. فكل احساس مساره في الجهاز الثلاموسي. بحيث يمكن تمييز كل احساس عن الآخر. ذلك ان هناك مركزا في المنطقة الثلاموسية يسمى Medial nuclei يقوم بعملية التمايز الى ما هو ساروما هو غير سار.

ويجب ملاحظة انه عندما يتم تحديد منطقة الالام. فانها تكون منطقة مختلفة عن المنطقة الفعلية لمصدر الالام. وتسمى هذه الظاهرة بلفظ Referred pain وعلى سبيل المثال فان الالام الناجم عن التهاب الزائدة الدودية يقع تحت لثدي بينما الزائدة الدودية تقع في اسفل الاربع الايمن للبطن. وان الالام الناجم عن الذبحة الصدرية والذي ينتج بسبب انخفاض كمية الدم الواردة الى عضلة القلب. يقع في الكتف والذراع الايسر. وهكذا.. (اسماعيل، 2001)

(2 – 5) أنواع الالام:

يمكن تصنيف الالام الى ثلاثة انواع رئيسية هي:

- **آلام الوخز Pricking:** وهي آلام يستشعرها المرء عندما تغرز ابرة في الجلد. او عندما يقطع الجلد بواسطة سكين
- **آلام حارقة burning:** للآلام الحارقة نفس خصائص آلام الوخز فنحن لا نستشعر منطقة الوخز خلال منطقة الالام. التي تماثل الحرق.

الإرشاد النفسي للراشد

- **آلام الأوجاع Aching:** هذا النوع يمثل آلاما ميقة في الجسم بدرجات متفاوتة لا نستشعرها على سطح الجسم. وعندما تنتشر الآلام الأوجاع ذات الشدة المنخفضة في مناطق عديدة من الجسم. فأنها يمكن ان تؤدي الى احساسات غير سارة.
- وقد تجد أنماط أخرى من الألم مثل: آلام الغثيان، وآلام التقلص أو التشنج.

(3 – 5) أهمية الألم:

ان معظم أمراض الجسم تحدث لما لدينا. وتتوقف قدرتنا على تشخيص طبيعة المرض على معرفة الصفات المختلفة للألم. ومعرفة الكيفية التي يشار بها للألم. وكيف ينتشر الألم في كل الاتجاهات من المناطق المؤلمة. وما الأسباب المحدثة للألم. فالألم ميكانيزم وقائي. يحدث عندما يصاب نسيج ما مؤديا بالفرد لأن يستجيب في محاولة لاستبعاد مصدر الألم. وأن الشخص الذي يفتقد احساسه بالألم كلية بسبب إصابة الحبل الشوكي. سوف لا يستشعر الألم. ولكن كيف نقيس الألم؟

(4 – 5) انتقال اشارات الألم في الجهاز العصبي المركزي:

ينتقل الألم في النخاع المستطيل كلية تقريبا في الناحية الجانبية Lateral من المسار الشوكي – التلاموسي. ومعظم الياف هذا المسار تنتهي في المخ المؤخري Hindbrain (النخاع المستطيل والمخيخ) ولكن جزءا من هذه الالياف يمر الى التلاموس حيث ينتهي في مجموعة الانوية الخلفية وتعمل هذه الالياف التي تنتهي في المخ المؤخري على استثارة مسلكين آخرين على الأقل ينقلان اشارات الألم الى اعلى حيث المراكز العليا للمخ. فهي أولا تحدث استثارة عامة للتكوين الشبكي الذي ينقل بدوره اشارات الى التلاموس والهيبتلاموس. وتمر ثانيا: اشارات الألم الى التلاموس خلال مسلك Central gray pathway معين وهو مساند لنقل اشارات الألم ويؤدي تدميره الى خفض شديد للاحساس بالألم. اضافة الى ذلك. فاننا نجد مسلكا آخر هو Central segmental pathway يلعب دورا مختلفا في الاحساس بالألم. اذ يعمل على قمع الألم. وعندما يتلف هذا المسلك يصبح المرء حساسا جدا للألم (اسماعيل، 2001).

(5 – 5) الاستجابة للألم:

يؤدي الألم الى حدوث استجابة في شكل منعكس حركي. وكذلك حدوث استجابة نفسية. وبعض الاستجابات المنعكسة تحدث مباشرة من الحبل الشوكي. حيث تتضمن الاستجابة النفسية للألم كل المظاهر المألوفة لاستجابات الألم مثل الصياح، والقلق، والاكتئاب، والغثيان. وتختلف هذه الاستجابات تفاوتاً ضخماً من شخص لآخر.

(5 - 6) انحرافات الحس Parentheses.

قد يستثار احيانا مسار عصبي حسي بسبب تغير مرضي في العصب الطرفي او الجهاز العصبي المركزي. ومن ثم تنتقل تنبيهات تلقائية من الالياف العصبية المستثارة الى المخ. فتؤدي الى احساسات بالالام في موضع طرفي من الجسم. ويلاحظ ان المنطقة التي تصاب بالالام يمكن ان تسبب في اي نمط من الاحساسات. وهذا يتوقف على نمط الالياف المشتركة.

5:7 زيادة الحس Hyperesthesia

زيادة الحس مماثل لانحرافات الحس. والاسباب الرئيسية لزيادة الحس هي حساسية زائدة للأعصاب الحسية ذاتها. وتسهيل نقل الاحساسات. ومن امثلة الحساسية الزائدة اصابة الشخص بحروق الشمس.

5:8 الصداع: (الام الرأس):

ان اغلب اوجاع الرأس ليس سببها اذى في المخ ذاته. ومع ذلك. فان الحاق الأذى بمناطق مثل Tantrum, Venous sinuses او تمدد الام الجافية عند قاعدة المخ يمكن ان تؤدي الى الم شديد يستشعره المرء كنوع من وجع الرأس. كما أن أي شكل من اشكال الصدمة او السحق او التمدد للأوعية الدموية التي تغذي الام الجافية يمكن ان تحدث وجع الرأس. وان احد اكثر المناطق حساسية في الدماغ كلها هو الشريان السحائي الاوسط. وان اشد انواع الصداع تلك التي تنتج عن:

- تنبيه السحايا والذي يسبب التهابا لكل السحايا بما في ذلك المناطق الحساسة من الام الجافية وحول الوريد الجيبي.
- وكتلك التي تنجم عن استثارة السحايا بسبب ورم في المخ.

ويمثل الصداع النصفي Migraine نمطا خاصا من وجع الرأس ينشأ عادة من ظواهر غير سوية للأوعية الدموية. لا تزال غير معروفة. ويبدأ الصداع النصفي باحساسات متنوعة تسبق العرض نفسه بنصف ساعة أو ساعة تقريبا. مثل الغثيان، اضطراب في الابصار، هلاوس حسية. ويعزو بعض المنظرين سبب الصداع النصفي الى حدوث انفعال او توتر يؤدي الى قيام منعكس في شكل تقلص لبعض شرايين الرأس كما في ذلك الشرايين المغذية للمخ ذاته. وكذلك في احداث تقلص بدرجة متوسطة في عضلات الرأس. وقد ينتج الصداع النصفي من اضطراب في التركيب الانفي وما يحيط به. أو من اضطرابات العين بحيث تؤدي الصعوبة في تركيز الابصار الى انقباض متزايد للعضلات الهدبية بهدف امكانية الرؤية بشكل جيد.

(5 – 9) السكتة الدماغية:

تحصل السكتة الدماغية نتيجة خثرة دموية في أي قسم من الدماغ. إذ تمنع التزود بالدم ما يؤدي إلى حدوث الضرر. وقد يكون هذا الضرر طفيفاً أو شديداً كما أنه قد يكون دائماً أو مؤقتاً. ثم إن إصابة القسم الأيسر من الدماغ تؤدي إلى شلل في القسم الأيمن من الجسم والعكس صحيح. إضافة إلى هذه العوارض، ربما يشعر المرء بدوار وعدم ثبات، بتثاقل الذراع أو الرجل وصعوبة في البلغ أو التفكير أو مشاكل تنفسية. ويمكن للخثرة أن تستقر في أحد شرايين الدماغ فتحبس الدم مما يسبب ضرراً للمنطقة المحيطة.

إن آليات عمل الجسم المختلفة يمكن أن تؤدي إلى السكتة الدماغية مثل الصمة (embolus) وهي سدادة تبدأ من خثرة دموية تشكلت في مكان في الجسم مثل القلب ويمكن لهذه الخثرة أن تنتقل عبر شرايين الصدر والرقبة حيث تصل أخيراً إلى أحد الأوعية في الدماغ.

سادساً: النمو المهني:

إن إحدى مهام النمو الهامة لهذه المرحلة تتمثل في وصول الفرد إلى دور مهني مرن يبدو مثيراً ومنتجاً ومرضياً من الوجهة المالية. (Wolman, 1982) وإن الأفراد الذين لم يحققوا إنجازاً مع بداية هذه المرحلة يسعون إلى إعادة تقييم أهداف حياتهم. وفي هذه المرحلة بالذات فإن الأفراد (ذكوراً وإناثاً) يحرزون أعلى مكانة ودخل في حياتهم المهنية. ومع ذلك فإن فروقاً واضحة مع التقدم في العمر تظهر عليهم خاصة فيما يرتبط بالمكانة المهنية والدخل. ويشير الباحثون إلى أن هذه الفروق تعزى إلى كل من: درجة الالتزام بالعمل، والميل للنجاح، ومقدار دافع الانجاز، بالإضافة إلى عدد من سمات الشخصية تميز الأفراد بعضهم لبعض. (أبو حطب، 1999).

ومع اقتراب الفرد من سن التقاعد يبدأ في سؤال نفسه: ماذا أفعل بوقتي؟ خاصة بعد أن يكون الأبناء قد تركوا منزل والديهم واستقلوا في حياتهم. ومن هنا كان من أبرز الأهداف التي يسعى إليها الفرد في هذه المرحلة من العمر أحداث التكامل بين عمله وأسرته ووقت الفراغ. فأني نشاط يقوم به الفرد قد يساعده على تخطي صراع الأدوار في مراحل عمره المختلفة وعلى إشباع حاجاته بطرق لا توفرها لها جوانب الحياة الأخرى (العمل).

(6 – 1) مراحل النمو المهني:

ساهم سوبر بشكل فاعل في ميدان السلوك المهني وخاصة فيما يتعلق بمراحل النمو المهني مقترحاً خمسة مراحل رئيسية للنمو المهني للفرد اشتملت على الآتي (Osipow, 2003):

المرحلة الأولى (مرحلة النمو Growth stage):

تشتمل هذه المرحلة من الولادة وحتى سن 14 سنة: وفي هذه المرحلة تختص بالنمو والقدرات والاتجاهات والاهتمامات والحاجات المشتركة مع مفهوم الذات. (Zunker, 2002). وتهدف هذه المرحلة الى مساعدة الفرد على تحقيق ذاته عن طريق القيام بأدوار مختلفة في الحياة المدرسية. وفي نهاية هذه المرحلة فانه يتكون لدى الفرد فكرة عن قدراته واهتماماته التي تساعد في التنبؤ بمستقبله المهني. وقد اشار سوبر الى ثلاث مراحل نمائية فرعية هي:

- **مرحلة الخيال:** حيث تلعب اهتمامات الطفل دورا اساسيا في توجيه نشاطه
- **مرحلة الامكانية:** حيث تبدأ القدرات الخاصة بالظهور نتيجة الخبرات السابقة وهي تساعد الفرد على اكتساب اتجاهات ايجابية نحو العمل (ابو عيطه، 2002).

المرحلة الثانية (مرحلة الاستكشاف Exploration stage):

تشتمل هذه المرحلة من سن: 15 – 24 سنة: وتختص هذه المرحلة بالمظهر التجريبي الاوسع. حيث تتضمن بعض التفضيل المهني وبداية التدريب على مهنة معينة. فيجرب العمل من خلال خبراته التي مربها. وغالبا ما يشتمل ذلك على تربية متخصصة او نوعية كتلك التي توفرها مراكز التدريب المهني لطلبة ما بعد المرحلة الثانوية او برامج الكليات المهنية. وينمو لديه اختيار اولي ومهارات مناسبة للعمل. وقد قسم سوبر هذه المرحلة الى ثلاث مراحل فرعية هي:

- **المرحلة المبدئية:** وهي من سن 15 – 17 سنة. ويتم خلالها بلورة الاختبارات المهنية عن طريق معرفة حاجات وميول وقدرات وقيم المراهق.
- **مرحلة الانتقال:** وهي من سن: 18 – 21 سنة وهي مرحلة التخصيص. وهي مرحلة واقعية يلتحق بها الشاب في العمل ويبدأ بالتدريب لمهنة المستقبل.
- **مرحلة المحاولة أو مرحلة تحقيق الاختيار المهني:** وهي من سن 22 – 24 سنة. حيث يلتحق الفرد بمجال العمل الملائم ويكون له مهنة محددة.

وتحدث سوبر عن النضج المهني في هذه المرحلة واعتبرت مساهمة رئيسية في نظريات النمو المهني فمهمات النمو الانساني والنمو المهني مستمرة مدى الحياة وعلى مراحل في كلا الجانبين. وقد تحدث في هذا الجانب عن ستة ابعاد وجد انها تناسب المراهقين في هذه المرحلة:

- **التوجه نحو الخيار المهني:** وفيها يتم تحديد الاتجاهات الواسعة للاهتمامات الفردية التي تؤثر في صياغة الخيار النهائي للمهنة.

الإرشاد النفسي للراشد

- المعلومات والتخطيط: المهمة هنا تحديد المعلومات المهنية المتعلقة بالقرار المهني لمهنة المستقبل والتخطيط السابق الذي تم انجازه.
- ملائمة التفضيل المهني: الصفات الفردية وما يلائمها للتفضيل المنتخب.
- خاصية البلورة: التقدم الفردي وأثره على صياغة مفهوم الذات.
- الاستقلال المهني: وهي استقلالية تجربة العمل.
- الحكمة من التفضيلات المهنية: دور القدرات الفردية في صناعة التفضيلات الواقعية المناسبة للأعمال الشخصية.

المرحلة الثالثة (مرحلة التحقيق أو التأسيس Establishment stage)

تشتمل هذه المرحلة من سن: 25 – 44 سنة: وهي مرحلة الاستقرار والدخول الى عالم العمل لأول مرة. وممارسة التدريب الذي تلقاه الفرد عمليا. ومن خلال خبرات وتجارب العمل (Zunker, 2002) وقد فقس سوبر هذه المرحلة الى مرحلتين فرعيتين هما:

- مرحلة الثبات: وهي من سن 25 – 34 سنة. وهي تعني الثبات في العمل بعد ان يتأكد من ملائمة له. وانه يعمل على اشباع حاجته. الا انه احيانا وخلال هذه المرحلة يغير الفرد عمله اكثر من مرة حتى يصل لمرحلة الثبات ويكشف من خلالها ان هذه هي طبيعة العمل الذي يستطيع القيام به؟
- مرحلة التماسك والاندماج: وهي من سن 35 – 44 سنة. ويعتبرها الباحثون مرحلة الاستقرار حيث يصبح النمط المهني واضحا. كما انها مرحلة التغير الجوهرى في ادراك الذات لدى بعض الناس. حيث يبدأ العديد من الافراد ممن هم في هذه السن في ادراك انفسهم كراشدين لأول مرة. وتتميز هذه المرحلة بالابتكار والابداع وتحسن الانتاج المهني (ابو عيطة، 2002).

المرحلة الرابعة (مرحلة الاستقرار أو الاحتفاظ Maintenance stage):

تشتمل هذه المرحلة من سن: 45 – 64 سنة: وفي هذه المرحلة يزداد استقرار الفرد في مجال مهنته. كما يبدأ في تنمية مكانته المهنية من خلال الترقى فيها. وتتواصل لديه عملية التكيف والتعديل المستمر في العمل لتحسين مركزه مع الميل الى عدم تغيير المهنة. وفي هذه المرحلة يحاول الفرد المحافظة على ما حققه من مكانة في مهنته مع الميل نحو عدم التغيير من خلال اسس ثابتة. (أبو عيطة، 2002).

المرحلة الخامسة (مرحلة الانحدار Decline):

تشتمل هذه المرحلة من سن: 65 وما بعدها: وتختص هذه المرحلة بمرحلة ما قبل التقاعد ومخرجات العمل ونتيجة التقاعد (Zunker, 2002) وهي مرحلة البلورة المهنية Consolidation او التقدم المهني Advancement يصل الفرد فيها الى قمة كفاءته ويحرز مستوى رفيعا من القيادة او السلطة. كما يتم من خلال هذه المرحلة ترسيخ المكتسبات والتقليل من الالتزامات وتنتهي بالتقاعد.

وتظهر الحاجة الى الارشاد في هذه المرحلة من اجل مساعدة الفرد على اداء ادوار جديدة. وقد قسم سوير هذه المرحلة الى مرحلتين فرعيتين هما:

- **مرحلة الابطاء:** وهي من سن 65 – 70 سنة. حيث يحدث التقاعد. وقد تبطيء سرعة العمل وتغير الواجبات وطبيعة العمل. كما يقوم كبار السن في هذه المرحلة بعمل لبعض الوقت او القيام بأعمال استشارية بسيطة.
- **مرحلة التقاعد:** وهي بعد سن 70 حيث يختلف الافراد في التوقف عن الاستمرار في المهنة. وقد يكون سهلا ممتعا بالنسبة لبعض الافراد. وقد يكون صعبا للآخرين وتنتهي هذه المرحلة بالوفاة.

ويمثل الجدول (6: 1) مراحل النمو المهني يمثلها الجدول رقم (4: 1) (Brown, 2007):

مرحلة النمو	خصائص المرحلة
1	النمو (من الميلاد – 14، 15 سنة)
2	الاستكشاف (من 15 – 24 سنة)
3	التأسيس (من 25 – 44 سنة)
4	الإستقرار (من 45 – 64)
5	الإنحدار (65 +)

الإرشاد النفسي للراشد

وتوفر مراحل النمو هذه إطاراً للسلوك والتوجيه المهني والذي يبرز من خلال خمسة أنشطة معروفة على أنها مهمات النمو المهني ومخطط لها في تقسيم زمني تقريبي حيث يمكن حدوث هذه المهام في مستويات عمرية أخرى.

الجدول (6: 2) مهمات النمو المهني Vocational Development Tasks

المهام	العمر	الخصائص العامة
البلورة	14 – 18	عملية معرفية تشكل أهداف مهنية عامه من خلال الوعي بالصادر والتماس والميول والقيم والتخطيط لمهنة مفضلة
التخصيص	18 – 21	مرحلة انتقال من التفضيل المهني التجريبي إلى تفضيلات مهنية خاصة
التطبيق	21 – 24	مرحلة اكتمال التدريب التفضيلي المهني ودخول مجال العمل
الاستقرار	24 – 35	مرحلة تثبيت المهنة المفضلة بالخبرة الحقيقية في العمل واستخدام المواهب في تقديم الاختيار المهني الأنسب
الاندماج	+35	مرحلة التأسيس في مهنة ما بالتقدم والمكانة والإشراف

وحدد جينزبيرج ثلاثة مراحل رئيسية للنمو المهني هي (Zunker, 2002):

1. المرحلة الخيالية The fantasy period

وتقع في الفترة قبل سن 11 سنة وتتميز بالميل إلى اللعب في المرحلة الأولى ومع اقتراب نهاية هذه المرحلة يوجه اللعب نحو العمل.

2. الفترة التجريبية the tentative period

وتقع هذه المرحلة ما بين سن 11 – 17 سنة وتعد هذه الفترة عملية تحويلية تتميز بالمعرفة التدريجية بمتطلبات العمل. ومعرفة الرغبات والقدرات ومكافآت العمل والقيم ومنظور الوقت. وتنقسم هذه الفترة إلى أربعة مراحل فرعية هي:

أ. مرحلة الميل Interest stage

وتقع في سن 11 و12 سنة حيث يبدأ الطفل في التعرف على الحاجة وتحديد اتجاه مهني. وتظهر الحاجة وتنعكس في الاهتمام المتنامي في التعريف لأنشطة مرغوبة وغير مرغوبة. وغالباً ما تعكس خياراته بالنسبة للمتعة الداخلية المنشأ ارتباطاً قوياً بالآب على شكل مؤشرات متناقضة. ويعرف الأطفال عدم استقرارهم نتيجة لتوقع التغيرات الجسمية والانفعالية في

المراهقين وقبول الحاجة والامكانية لتأجيل الخيارات الاخيرة حتى تصبح أكبر. ومع ذلك يبدأ الاطفال بتحديد منطقة اختياراتهم أثناء مرحلة الرغبة.

ب. مرحلة القدرة: Capacity stage

وتقع في الفترة ما بين سن 12 – 14 سنة تتبع مرحلة الرغبة منطقيا وهذا يدخل الطلاب فترة القدرة في اعتباراتهم المهنية ويبدأون بتقييم قدرتهم جيدا في المجالات التي يرغبون بها. وهنا يظهر تدن في درجة الارتباط بالاب.

ج. مرحلة القيمة: Value stage

وتقع في الفترة ما بين 15 – 16 سنة. حيث يمر الطلاب بتغيرات ملحوظة جدا في طريقة فهمهم للاختيار المهني. ويلاحظ في هذه الفترة دخول الطلبة فترة خدمة المجتمع مع ادراكهم لحقيقة ان العمل يقدم مما هو اكثر من اشباع لحاجاتهم. وتظهر لأول مؤشرات على اختيار المهنة مثل الطب لأسباب انسانية وليس بسبب مكافآته او نشاطات العمل داخلية المنشأ. وان الطلبة يبدأون بتطوير منظور زمني اوسع مما كان لديهم في السابق. كما يبدأون التفكير بمهنة بعيدة عن الانشطة التي ستصبح في النهاية نمط حياة بالنسبة لهم. مع اتساع منظورهم للوقت فيصبحون اكثر حساسية لقرب حدوث الالتزام المهني.

د. مرحلة التحول:

وتقع في سن 17 أو 18 تقريبا. وتعد اهدأ من المرحلة السابقة حيث يبدأ الفرد بمواجهة الضرورة لاتخاذ قرارات فورية ومتماسكة وواقعية بالنسبة للمستقبل المهني. وعلاوة على ذلك، فان الشخص في هذه المرحلة يتحمل نتائج مسؤولية القرارات التي يتخذها. وتبدأ مرحلة الاستقلالية نتيجة الحرية الزائدة التي يتمتع بها في هذه الفترة فتؤدي به الى البحث عن محيط جديد لتجربة المهارات والمواهب لديه. ويحدث لديه كذلك ادراك كبير للظروف الخارجية للعمل ونوع الاعداد اللازم للمهن المختلفة والنعر على المكافآت المالية ويزداد ادراكه لظروف الحياة المختلفة اكثر. وتزداد دوافعه الجنسية ورغبته بالزواج المبكر والاندفاع نحو ضرورة تأخير الزواج من اجل متابعة التدريب المهني المطلوب.

3. مرحلة الاختيار الواقعي: Realistic choice

وتمتد هذه المرحلة حتى سن 22 وتقع هذه المرحلة في سن 17، 18 وحتى سن 22 – 24 سنة. وتسمى بمرحلة المراهقة المتوسطة. حيث تتكامل القدرات والرغبات مع مزيد من التطوير للقيم وتحديد اكبر للاختيار المهني وبلورة قرارته المهنية. وهذه المرحلة تختلف في توقيتها عن كثير من المراحل الاخرى بسبب انماط التدريب المختلفة التي تتطلبها المهنة من ناحية، والنضج

الإرشاد النفسي للراشد

البيولوجي من ناحية أخرى حيث يؤثر بشكل كبير على معدل تقدم الطلبة خلال الفترة التجريبية. ويبدأ تأثير التغيرات البيولوجية بالانخفاض في فترة سن 18 و 19 سنة. وتنقسم هذه المرحلة الى ثلاث مراحل فرعية هي:

أ. مرحلة الاستكشاف Exploration stage:

تتمثل هذه المرحلة بدخول الجامعة وتناقص فرص تحديد اهداف الفرد واختياراته. وتحديد فرص العمل التي ترتبط بنوع الدراسة وحاجة السوق لها وتتمثل في دخول الجامعة وتناقص فرص تحديد اهداف الفرد واختياراته. وتحديد فرص العمل التي ترتبط بنوع الدراسة وحاجة السوق لها. وتبدأ هذه المرحلة عند دخول الجامعة وتتميز هذه الفترة بأهداف تتميز بقدر كبير من المرونة المهنية وبنقل الطالب الى الجامعة، فانه يتمتع بحرية اكبر من السابق. ولكن على حساب قدر كبير من الغموض وعدم الحسم العام. لأن رغبات الطلبة في هذه المرحلة لا تزال تتغير. ويختار الطالب عادة من بين رغبتين او اكثر مهنة ربما تكون غير مرضية ويزداد شعوره بضغط الوقت.

ب. مرحلة التبلور Crystallization stage:

وهي المرحلة التي تصاحب تخرج الفرد من الجامعة وتمتد من سن 20 - 22 حيث يشعر فيها الفرد بأن ما لديه من معلومات عن نفسه تمكنه من اتخاذ قرار جاد لاختيار مهنة محددة. وفي هذه المرحلة يكون الطلاب قد أصبحوا اكثر انخراطا في مجال أكثر تحديدا في اختيار المهنة المناسبة. وان لديهم فكرة واضحة عن المهام الرئيسية المهنية التي يريدون تجنبها. كما أن قدرتهم في عملية الاختبار تنمو وتكبر. ويرى جينزبيرج وزملاؤه ان بعض الطلبة لا يزال في مرحلة عدم البلورة هذه واسموها بمرحلة البلورة الكاذبة والتي يتصرف فيها الطالب ويتصرف وكأنه يبلور قراره برغم الوقائع المتلاحقة التي تشير خلاف ذلك.

ج. مرحلة التخصص Specification:

ويظهر في هذه المرحلة نجاح الفرد وشعوره بالرضا والسعادة في العمل وتمثل هذه المرحلة النقطة النهائية في النمو المهني. حيث يفكر الفرد في اختياره لوظيفة محددة او تخصص جامعي فرعي.

واهتم تيدمان بمراحل النمو المهني للفرد وحدد دورها في مساعدة الفرد في تنمية قدرته على ضبط الذات وتسييرها والقدرة على اتخاذ القرار مشيرا الى سبع خطوات تشتمل على مرحلتين رئيسيتين هما:

المرحلة الاولى: وهي مرحلة بناء التوقع:

تهدف هذه المرحلة الى توعية الفرد بحاجاته من خلال التواصل مع البيئات المهنية المختلفة من اجل معرفة وتحديد البدائل المهنية المتوقعة. ويتم ذلك من خلال عملية التحليل والتواصل الى اقل عدد ممكن من البدائل وتحقيق المفاضلة بين المهن المتشابهة المتقاربة. حيث يصل الفرد الى اختيار تجريبي مؤقت للمهنة على ان يراجع هذا الاختيار ويتحقق من نتائجه بالتجريب. وتشتمل هذه المرحلة على ست خطوات رئيسة هي (ابو عيطه، 2002):

- الاستكشاف.
- التبلور.
- الاختيار التجريبي.
- التوضيح والتفسير.
- البدء بالعمل.
- تعديل وتصحيح الاختيار.
- الاندماج في المجتمع المهني.

المرحلة الثانية: مرحلة البدء بالعمل وتنفيذه:

تبدأ هذه المرحلة بالالتحاق في الدراسة الجامعية وبالعمل الفعلي وتستمر مدى الحياة. وفي هذه المرحلة يعيش الفرد في البيئة المهنية التي سيعمل بها مستقبلا. ويكتسب من خلالها السلوك المهني الذي يتفق مع متطلبات مهنته ويقوم بتعديل سلوكه وفقا لذلك. وخلال فترة عمله في مهنته يقوم بتعديل وتصحيح اختياره المهني الى ان يصل الى القرار النهائي والاندماج في المهنة.

(6 - 2) اساليب الارشاد المهني للراشد:

وضع سوبر برنامجا ارشاديا متكاملا ينتقل من خلاله الفرد من مرحلة الى مرحلة بناء على ما يتم تحقيقه في المرحلة السابقة. وان العملية الارشادية تتبع اسلوبا خاصا مع الناضجين مهنيا. حيث يتم تزويدهم بمعلومات عن قدراتهم ومهاراتهم واهتماماتهم. من اجل مساعدتهم على اتخاذ قرار دراسي او مهني بما يتفق والمرحلة العمرية التي يمر بها الافراد. لتوضيح الدور الذي يجب ان يقوم به الفرد. ومساعدته لمعرفة طبيعة السلوك المهني الذي يجب ان يحققه.

الإرشاد النفسي للمرشد

أشار سوبر الى أهمية جمع وفهم المعلومات التي تناسب شخصية الفرد والمؤدية الى اتخاذ القرار المناسب. أما لغير الناضجين فان الارشاد يكون في الاهتمام اكثر بالمهام العادية، والاختلاف هنا ان معرفتهم غير ناضجة حول الاختبار.

يبدأ الارشاد المهني كما يراه سوبر في طرح الاسئلة، تمهيدا لاحداث الانطباع المهني وقرار التعليم. وعلى المرشدين ان يقوموا بما يلي:

- العمل على توجيه الطلبة للمهام المطلوبة خلال مراحل حياتهم للعمل.
- تحديد العمل في اذهان الطلبة وملاءمتها للاختيار المهني وهي التي يزداد الطلب عليها باستخدام المصادر للاختيار وتطوير الفهم في الحقل الوظيفي. والذي يكون اكثر فائدة للطلاب.
- وعندما تتم تلك الاهداف: يمتلك الطالب بعدها التقنيات ويستطيع تقييم هذا الحقل لتمييز الوظائف الاخرى ويستطيع وصفها واكتشافها.

وفي الارشاد المهني الفردي فان المرشد يكون مسؤولا عن مشاعر العملاء. وعلى المرشد المهني الامام بالمشاعر الغامضة والمبهمه.

وعادة ما يبدأ الارشاد المهني من خلال المقابلة، والمعلومات الاستدلالية المتاحة حول ثقافة العميل ووضعه الاجتماعي، وخلفيته البيولوجية. بحيث تمكن المرشد من مساعدة العميل على اتخاذ القرار المناسب (Osipow, 2003).

أشار سوبر الى العلاقة المتينة التي تربط بين التكيف العاطفي والانفعالي وبين اجراءات الارشاد. فاذا حلت القضايا العاطفية فان القضايا المهنية وغير المهنية يمكن حلها ايضا.

كما تحدث سوبر عن ارشاد الموهوبين. وغير الموهوبين. فالافراد الذين يتميزون بمواهب متعددة يتحركون في من مجال الى مجال آخر بحثا عن فرص عمل اوسع وافضل. وقد ينجحون في مهنة معينة ثم يتركونها الى مناصب ادارية عليا. وهؤلاء الاشخاص – كما يشير الباحثون – (عبد الهادي والعزة، 1999) هم الذين يجب مساعدتهم في مرحلة الدراسة الثانوية والجامعية على الالتحاق بالتخصص المناسب لأنهم يعبرون عادة عن تفضيلات مهنية معينة. ويتنقلون من مهنة الى مهنة اخرى دون نظام ويتميزون بصفة عدم الاستمرارية في اعمالهم.

اهتم سوبر بمشكلة التقاعد عند الفرد واقترح ازاء ذلك عددا من المشاكل التي تواجه المتقاعدين مقدما لهم حولا بديلة تعتمد اساسا على مجال المهنة. واقترح استخدام التقييم

المهني وشجع على استخدام الخبرات وجمع المعلومات خارج مكتب الارشاد ومصادر المجتمع من اجل مساعدة الافراد على ملاحظة الخطوات المناسبة لاتخاذ القرار.

سابعاً: الاضطرابات النفسية للراشدين واساليب الارشاد فيها:



يعاني الراشد في حياته عددا لا بأس به من الاضطراب النفسي نتيجة تداخل وتفاعل اسباب عديدة. وقد نجد أسبابا تمهد لحدوث المشكلات التي قد يعاني منها الراشد. فتجعله عرضة لظهور عدد من مظاهر المرض النفسي اذا ما طرأ سبب مساعد لحدوثه، كالعيوب الوراثية، والاضطرابات الجسمية، والخبرات المؤلمة، وانهايار الوضع الاجتماعي. والأزمات والصدمات المفاجئة، والمراحل الحرجة في حياته خاصة ما يرتبط بها بسن البلوغ أو القعود (الشيخوخة) أو عند الزواج أو الانجاب أو غير ذلك من تلك المواقف.

(1 - 7) الضغوط النفسية:

مهما حاول الفرد اخفاء الجوانب السلوكية او المظاهر الخارجية لانفعاله ليتصنع قدرا من الهدوء والثبات. أو يتجنب المواجهة والاعتراف. فان تعبيرات وجهه Facial Expression تنطق بما يعانيه هذا الفرد من حالات انفعالية. وتغيرات جسمية ونفسية نتيجة تعرضه لضغوط معينة في مواقف معينة.



ويعتبر مفهوم الضغط مفهوما مهما للباحثين في العلوم الانسانية والفيزيولوجية. فكلية الضغط Stress مشتقة من اللاتينية واستخدمت منذ القرن السابع عشر لتشير الى الصعاب والشدة أو الضيق والمحنة أو الحظ العاثر أو الضراء أو الأسى أو الحزن أو الألم، ثم تطور استخدامها ليعني القوة أو الضغط أو التوتر والجهد. (Riggio, 2009)

وتناول الباحثون مفهوم الضغط في دراساتهم بشكل مستفيض. فعرف ميكراث الضغط على انه ذلك الاحساس الناتج عن فقدان التوازن بين المطالب والامكانيات. ويصاحبه عادة مواقف فشل، حيث يصبح

الإرشاد النفسي للراشد

هذا الفشل في مواجهة المطالب والامكانيات سببا قويا في احداث الضغوط النفسية. وأشار اليه ميلر (Miller, 1983) على انه حالة من التوتر او الضيق تنشأ عندما يستجيب الفرد لمطالب وضغوطات قد تأتي من الداخل او من الخارج. وتحدث عنه فولكمان Folkman على انه مصطلح يتضمن العلاقة بين الشخص والاحداث البيئية والتفاعل بينهما. وينتج الضغط عندما يقابل الفرد ضغط التغيير بصورة غير مرغوب فيها. وأشار تايلور Taylor الى الضغط باعتباره عملية تقييم للاحداث المؤلمة والمهددة والمثيرة للتحدي بهدف تحديد الاستجابات الاساسية لكل تلك الاحداث التي يقوم بها الفرد تجاه المثيرات التي تفقد توازنه (Schermerhorn, 2001).

وبالرغم من تعدد التعريفات الخاصة بالضغط. الا انها تشير في مجملها الى جميع اشكال التفاعل النفسي والفزيولوجي الناشئة من تعرض الناس لمواقف معينة تهدد سلامتهم وسعادتهم. وقد أظهرت الدراسات العديدة أن ضغوط العمل المستمرة على الشخص تحدث آثارا جانبية سلبية على صحته الجسمية والنفسية كأمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم، والتوتر، والشعور بالاحباط والاضطهاد. ويؤدي بالتالي الى انخفاض مستوى الأداء في العمل. وكثرة التغيب أو حتى ترك العمل.

1) طبيعة الموقف الضاغط:

يشير سيللي (Selye (Brannon & Feist, 2009 الى طبيعة الموقف الضاغط بأنه ردود الفعل تجاه المواقف الضاغطة للشخص إنما تحدث في ثلاثة مراحل متميزة هي:

1. مرحلة الانذار:

او التنبيه للموقف الضاغط بحيث يجهز الجسم نفسه لمواجهة الموقف الضاغط في افراز هرمونات من الغدد الصماء مما يترتب عليها زيادة في كل من سرعة ضربات القلب ومعدل التنفس وتوتر في العضلات بالاضافة الى زيادة نسبة السكر في الدم.

2. مرحلة المقاومة:

وفيها يحاول الجسم اصلاح ما سببته المرحلة الأولى من ضرر. فيشعر الشخص بالاجهاد والقلق محاولا مقاومة النتائج التي ترتبت على مواجهة الموقف الضاغط. فاذا ما حقق نجاحا وتغلب على الموقف الضاغط. فان الأمراض التي سببها الموقف الضاغط تزول.

3. مرحلة الانهاك:

ولكن، اذا لم يستطع الشخص التغلب على الموقف الضاغط واستمر في معاناته لهذا الموقف فترة طويلة. فان قدرة الجسم على التكيف تصبح منهكة. وتضعف وسائل الدفاع والمقاومة وتعرضه لعدة أمراض منها: الصداع، ارتفاع ضغط الدم، القرحة، الأزمات القلبية، مما يشكل تهديدا لجسم الشخص لا يستطيع معه تحمل الموقف الضاغط ومقاومته.

ثانياً: مصادر الضغوط (أ):

تلعب شخصية الفرد دوراً بارزاً في تحديد مستوى معاناته من المواقف الضاغطة وردود فعله إزاء هذه المواقف: ولا شك بأن نمط الشخصية التي يتميز بها الفرد تحدد التزامه في العمل وميله، ومدى نشاطه وفعاليته ومناقشته وطموحه وصبره وتوتره إزاء المواقف الضاغطة والشخصية القلقة تعتبر القلق نذير خط يتهدد سلامتها واحساسها بالسعادة والرضا. كما ان مفهوم الفرد عن ذاته تعتبر ذات تأثير كبير على ثقته بنفسه وعلى سلوكه. وان قدرة الفرد على تنظيم رد فعله قد يؤثر على الاحداث غير السارة. لان الاحداث التي تخضع للسيطرة تصبح اقل اذى. وكلما شعر الفرد بقدرة اعلى من الضبط استطاع مواجهة الضغوط بشكل افضل (Riggio, 2009).

وتشير الدراسات والبحوث النفسية الى وجود عدد من الادلة التي تربط بين اعتقاد الفرد في مدى تحكمه وسيطرته على الاحداث المحيطة به. وبين شعوره بضغط العمل. وبالرغم من اعتقاد غالبية الأفراد بقدراتهم في التحكم والسيطرة على الاحداث المحيطة بهم بدرجة كبيرة. الا انهم يشيرون في كثير من مواقف التحكم والسيطرة عن وجود قوى وعوامل خارجة عن ارادتهم. تلعب دوراً بارزاً في تأثير المواقف الضاغطة على الأفراد أنفسهم: كالحظ مثلاً. وتذهب هذه الدراسات الى القول بأن الأفراد الذين يعتقدون بوجود مركز تحكم Locus of control داخلي لديهم هم اكثر احتمالاً للمواقف الضاغطة التي يتعرضون لها. في حين تذهب الدراسات نفسها الى ان الأفراد الذين يعتقدون بوجود مركز تحكم خارجي لديهم هم أقل احتمالاً للمواقف الضاغطة وأكثر معاناة لها.

وانتقال الفرد الى حياة جديدة، أو البدء بعمل جديد، أو الانتقال الى مدينة أو حي أو سكن جديدين. ووفاء أعز أو أقرب الناس اليه، يتطلب منه التوافق مع المواقف الجديدة والتعامل معها. وتشير الدراسات التي قام بها كل من هولمز وراهي Holms & Rahe الى أن أكثر المواقف الضاغطة أثراً على حياة الفرد ما يتعلق منها بحالات الزواج. وانفصال أو طلاق أو وفاة أحد الزوجين أو أقرب الناس اليه. والارهاق في العمل، والتقاعد والتغيير في الحياة الصحية لأفراد أسرته، وساعات عمله اليومي، ومكان العمل وشروطه. والاضطرابات الأسرية. وقدرته على الانجاز. ونشاطاته الدينية والاجتماعية. والعادات. والتغير في موارده الاقتصادية. وتري كوبوسا Kobosa الى ان الأفراد الذين يتعرضون لمثل هذه المواقف الضاغطة يختلفون في مدى امكانية سيطرتهم ومقاومتهم للضغط مشيرة الى ان الأفراد الذين يتمتعون بشخصية صلبة هم أكثر قدرة على السيطرة على الاحداث البيئية المحيطة. وأكثر التزاماً بالنشاطات التي يمارسونها. كما أنهم أكثر ايجابية للاستجابة لأي موقف ضاغط يواجهونه.

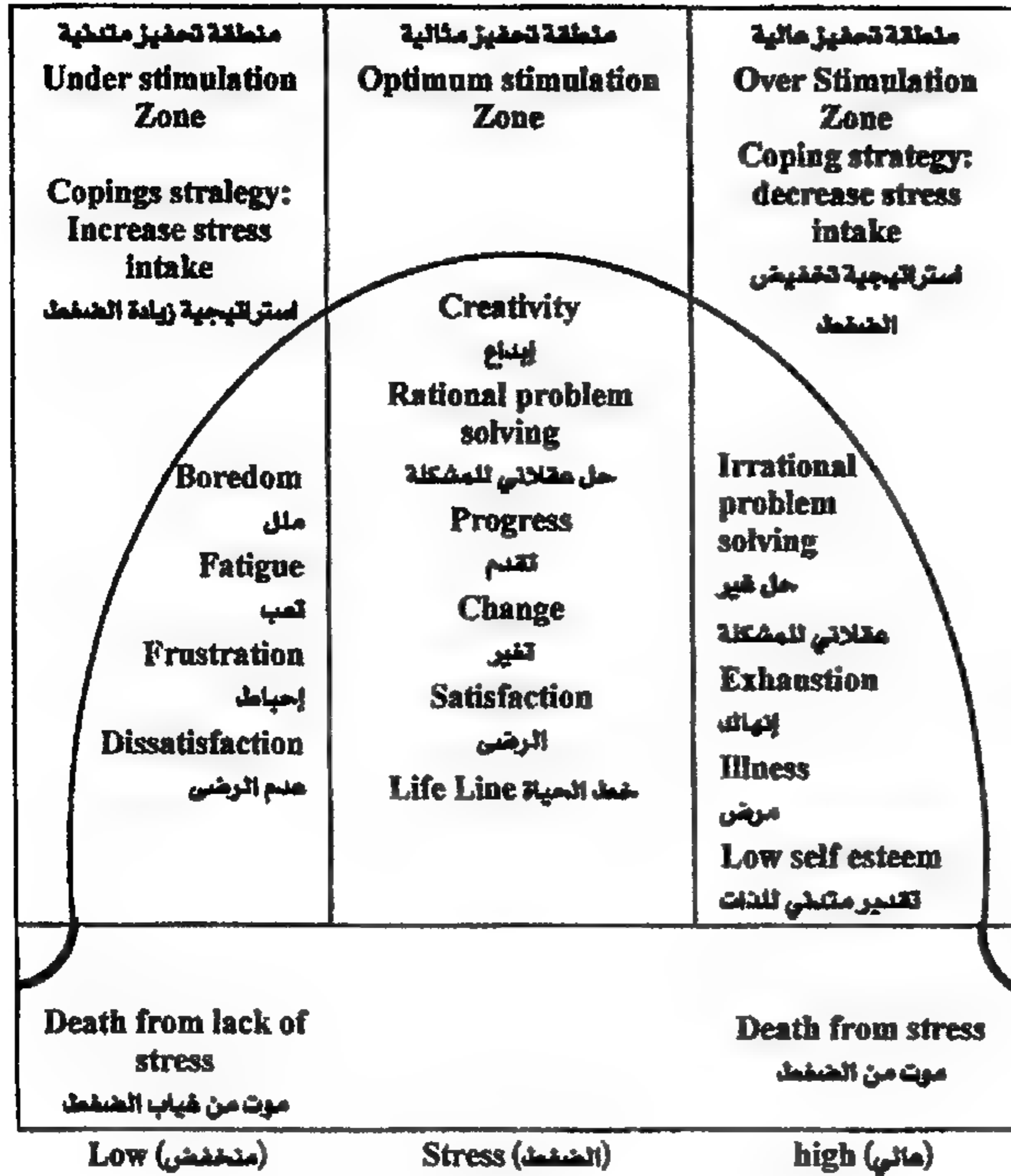
الإرشاد النفسي للراشد

وتتمثل عملية التوافق بين قدرات الفرد وحاجاته. وبين متطلبات العمل عاملا بارزا في تحديد مستوى معاناته للموقف الضاغط. وكلما زاد توافق قدرات الفرد وحاجاته مع متطلبات العمل. كلما قلت معاناته من مواقف العمل الضاغطة. وإن الأفراد الذين يمتلكون مهارة اكبر في العمل هم أقل تأثيرا للمواقف الضاغطة التي تحدثها مواجهات العمل المتغيرة. أما الأفراد الذين يشعرون باستمرار الحاجة الملحة للأمن الوظيفي فهم أقل احتمالا لتلك المواقف عند تعرضهم لها.

ويمر الفرد على بعض مظاهر الضغط التي تسبب له مشاعر غير سارة مما يتطلب معه اتخاذ المواقف التي تساعد على التخلص من هذه المشاعر. ولاشك أن الاحباط كثير الحدوث في حياتنا اليومية. وهو موجود بدرجات مختلفة قد يتمثل في عاقبة تحقيق هدف في الحياة بعد مرور زمن طويل في العمل على تحقيقه ويعتمد الاحباط في كثير من الحالات على مواقف أخرى غير الموقف الذي يوجد فيه الفرد. ولهذا، فإن الفرد يتعلم في حياته كيف يتحمل الاحباط ويتعايش معه، فإن لم يتمكن من ذلك. فإنه سيواجه بصعوبات كثيرة للتوافق مع متطلبات الحياة. وينظر الى القدرة على تحمل الاحباط كدليل على النضج الانفعالي والاجتماعي. ذلك ان الاستجابة للموقف الضاغط تختلف باختلاف الأفراد. فمنهم من يتحمل درجة عالية من الاحباط. بينما لا يتحمل البعض الآخر أدنى درجات الاحباط.

ويعتبر الصراع أحد مصادر الضغط الهامة للشخص. وعندما يوجد صراع بين اشباع دافعين. فإن اشباع أحدهما يؤدي الى احباط آخر كما يتولد الصراع اذا اختلفت طرق اشباع الدافع الواحد. وكذلك، فإنه ينظر الى الصراع باعتباره الوضع الناجم عن اثاره دافعين معا. وينفس الوقت، بحيث لا يمكن اشباعهما معا مما يؤدي الى مشاعر غير سارة، وتجعل الفرد يشعر أنه متردد وغير متأكد من الأمور.

وأشار الباحثون الى العلاقة بين مستوى الضغط الذي يتعرض له الفرد ومستوى الاداء الناتج عنه. وعلاقة ذلك بمستوى التحفيز لدى الفرد. بمنحنى اعتدالي أشار فيه الى ثلاث مناطق تحفيزية هي: منطقة تحفيز متدنية ومنطقة تحفيز مثالية ومنطقة تحفيز عالية ولكل منطقة تحفيزية مظاهرها التي تمثل درجات الضغط التي يتعرض لها الفرد. ووفق هذا النموذج فإن الضغط المنخفض يؤدي الى اداء منخفض ويكون تحفيز الفرد منخفضا والضغط العالي يؤدي الى اداء منخفض ويكون التحفيز عاليا بينما الضغط المعتدل يؤدي الى اداء عال ويكون التحفيز مثاليا (Riggio, 2009).



وتشير دراسات سيلي (Selye) الى نوعين من الضغوط يمكن ان تؤثر على الفرد هما:

- **الضغوط الحادة**
Acute stress وهي تلك الضغوط التي تحدث عند وجود تهديد لحياة الشخص. ووجوده الجسماني. وعليه ان يستجيب لها فوراً بحيث تكون ردود الفعل سريعة كما في التعرض للحوادث.

- **الضغوط المزمنة Chronic stress** وهذا النوع هو اكثر ما يعاني منه المديرون ورجال الاعمال والمهنيون. وتحدث الازمات متتالية بحيث لا تترك بينها وقتاً للجسم كي يتعافى من الازمات السابقة (Riggio, 2009).

بينما تحدث كل من ليتز وستولر (Leatz & Stolar) عن اكثر نماذج الضغوط شيوعاً بين الافراد (Gannon, 1999):

نموذج الضغط الامثل The optional stress patterns: يسمح باستراحة مناسبة وزمن مريح بين الازمات. ويؤدي الى مستوى صحي عام مناسب للفرد. ويعتمد على استجابة الفرد لهذا النوع من الضغط.

ونموذج الضغط الاعتيادي The typical stress pattern: تكون فترة الاستراحة اقل من اللازم. ومع ذلك يمكن للفرد ان يحسن قدرته على التكيف مع الازمة.

ونموذج الضغط المزمن The chronic stress pattern: يؤدي الفرد في حياته اليومية ويمثل حالات ضغط مزمنة تبدأ ولا تنتهي.

ونموذج الضغط الذي ينطوي على المخاطرة The hazardous stress pattern: وهو الاكثر خطورة بالنسبة للفرد ويتشكل من سلسلة ازمات متسارعة متتالية بفترات استراحة قليلة

الإرشاد النفسي للراشد

جدا بينها تسمح للجسم باستعادة توازنه وسرعان ما يفاجأ بسلسلة جديدة من الازمات يجد الفرد ان عليه التكيف معها.

والنموذج الجديد للضغط الخطر New – the dangerous stress pattern:

الذي يجمع جوانب من الضغط المزمن ونموذج الضغط الذي ينطوي على المخاطرة.

ويؤثر محيط العمل والمتغيرات المتعلقة به بشكل مباشر على معاناة الأفراد ومواجهتهم للمواقف الضاغطة:

الاختلاف المهني: Occupational differences للفرد يتضمن قدرا كبيرا من

الضغوط على الفرد. وتشير الدراسات الى ان بعض الوظائف تعاني من ضغط في العمل اكثر من غيرها. كما ان الوظيفة التي تتطلب من شاغلها اتخاذ قرارات هامة في ظل ظروف العمل تعرضه لمستوى عال من الضغوط. وكذلك الأفراد الذين يتعرضون لضغط الوقت والتركيز الشديد للطاقات العقلية والبدنية.

وطبيعة الوظيفة ذاتها تمثل مصدرا آخر من مصادر الضغوط لدى الفرد لما تتميز به كل وظيفة عن غيرها من الوظائف.

ويعتبر غموض الدور: Role Ambiguity مصدرا رئيسا لضغط العمل. فقد يعاني

الفرد من افتقار للمعلومات التي يحتاجها اثناء أداءه للعمل. كالمعلومات الخاصة بالعمل الذي يقوم به امام المسؤولين، وطرق تقييم نتائج العمل، مما يترتب على ذلك عدم معرفته بالتوقعات المطلوبة منه للأداء وكيفية تحقيق الأهداف المتوخاة. وبالرغم من وضوح هذا المصدر في الوظائف الادارية بدرجة أكبر. الا انه يعتبر احد العوامل الهامة لقليلي الخبرة والمؤهل من الأفراد الذي تزداد معاناتهم تجاه المواقف الضاغطة (Riggio, 2009).

وقد تتعارض متطلبات الدور لدى الفرد. ويتعرض لموقف يفرض عليه العمل ساعات

طويلة او السفر لمسافات بعيدة مما يعني عدم قيامه بدوره كآب وكزوج. وتوفير حد أدنى لتحقيق العلاقات والروابط الاجتماعية. وبينت الدراسات في هذا المجال الى ازدياد ضربات القلب في الفترات التي يتعرض فيها لصراع الدور Role conflict اثناء قيامه بعمله اليومي.

وحين يقوم الفرد بمهام لا يستطيع انجازها في الوقت المحدد او يقوم بمهام تتطلب

مهارات عالية لا يملكها. فانه يعاني من مستوى عال من الضغط يترتب عليه ظهور عدد من أعراض الضغط الأنفة الذكر. وبالمقابل، فان الأفراد الذين يتمتعون بقدر أكبر من القدرات والطاقات ولا يجدون العمل الذي يحقق لهم توظيف هذه القدرات والطاقات. يكونون أكثر عرضة للشعور بالملل والكآبة. وتزداد شكاوهم ويزداد بالتالي توترهم وعزلتهم وغيابهم من العمل.

ويبين عسكر العلاقة بين زيادة عبء الدور وانخفاضه مشيرا الى ان رؤساء العمل الذين يعانون من مستوى مرتفع او مستوى منخفض من ضغط العمل يعانون من مشكلات صحية. وان الأداء الأمثل للعمل هو الذي يتناسب وقدرات وطاقات الفرد بحيث يقلل الى حد بعيد من مستويات الضغوط التي يعانيها جراء زيادة عبء الدور او انخفاضه (Arnold et al, 2008).

زيادة عبء العمل	مستوى الضغط الأمثل	انخفاض في عبء العمل
↓	↓	↓
أداء منخفض	أداء أمثل	أداء منخفض
أرق اثارة سريعة زيادة في الأخطاء تردد في اتخاذ القرار	دافع قوي مطاقة كبيرة ادراك حاد هدوء اعصاب	ملل دافع ضعيف غياب في العمل لا مبالاة

ويعاني الأفراد من مسببات الضغط الناتجة عن مسؤوليتهم في مدى ما يحققونه من مستويات متباينة في العمل ومدى تمكنهم من اجتياز العوائق في العمل على مدار العام. كما تمثل عوائق الترقية والتقدم المهني، احد مصادر الضغط الهامة في العمل. وتشكل طموحات الأفراد للحصول على العلاوات الدورية او الشخصية هدفا رئيسا لتحقيق النمو والتقدم المهني. Career development

وبقدر ما يسمح فيه للأفراد بالمشاركة في صنع القرارات في المؤسسات التي يعملون بها بقدر ما يحقق للفرد شعورا بالرضا والاطمئنان. والأفراد الذين يعانون من العجز وفقدان الثقة بأنفسهم. وبقدرة على المشاركة في صنع القرارات هم أكثر معاناة للمواقف الضاغطة وأعراضها. ويشعر الأفراد عادة ان الرواتب الشهرية التي يحصلون عليها في العمل لا تصل الى مستوى كمية العطاء التي يقدمونها مما تساهم هي أيضا في زيادة معاناتهم وتوترهم.

وشعور الأفراد بالراحة وبالمساعدة في تلقي المعلومات من خلال اتصالاتهم الرسمي أو غير الرسمي بالأفراد او الجماعات تساعد كثيرا في الحد من النتائج السلبية للمواقف الضاغطة. وتؤكد الدراسات على وجود علاقة دالة احصائيا بين المساعدة الاجتماعية Social support. وضغط العمل Stress work. وكلما زادت المساعدة الاجتماعية للفرد. كلما قلت ردود الفعل الناتجة من المواقف الضاغطة.

الإرشاد النفسي للراشد

وتمثل ثقافة المؤسسة وقيمها وبنائها وتصميمها وقواعد السلوك السارية فيها يمكن ان تنعكس سلبا او ايجابا على العاملين فيها. وان التعارض ما بين القيم التي يحملها الفرد والقيم التي تحرص عليها ثقافة المؤسسة يؤدي الى وجود ضغوط على الافراد العاملين يمكن ان تؤدي الى تدني الاداء والشعور بالاحباط وعدم التكيف (Arnold, et al 2008).

ويمكن ان تكون العمليات المؤسسية احد مسببات الضغط على الفرد. فالاتصالات الضعيفة والتغذية المرتدة الضعيفة حول الاداء والاهداف المتضاربة والتقييم غير المناسب للانجاز ونظم الرقابة غير العادلة والمعلومات غير المناسبة ويشير هوي ومسكل (Hoy & Miskel) الى ان لعملية الاتصالات بين الافراد في المؤسسة وبين الفرد نفسه ورئيسه او مرؤوسيه اكبر الاثر في احداث ضغوط العمل لديهم. وكلما كانت الاتصالات بين كافة الاطراف حرة ومفتوحة أدت الى بيئة عمل مناسبة لا يعاني الافراد فيها من الضغط. والقلق. وكلما كانت الاتصالات مقيدة أدى ذلك الى احداث ضغوط عمل لدى الافراد. وضعف التنسيق بينهم مما ينعكس في نهاية الامر على اداء الافراد والمؤسسة معا (Arnold, et al 2008).

ويرتبط الموقف الضاغط ومدته وتأثره التراكمي وتنوع مصادره وظرف حدوثه (ظرف طارئ ام متوقع) على كيفية رؤية الفرد للموقف الضاغط ومستوى تحمله للضغط. فادراك الفرد للتهديد بشكل ايجابي والتوقعات الواقعية تسهل عملية التكيف، وكذلك طريقة تفكيره وخبراته المبكرة ومفهومه عن ذاته

ثالثا: كيف يمكن تجنب الضغوط:

وضع الباحثون عددا من البرامج بهدف التعامل مع الضغوط على مستوى الفرد وعلى مستوى المنظمة مضمنا عددا من الاستراتيجيات للتعامل مع مواقف الضغوط.

فمن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة يمكن ادارة الضغوط على مستوى الفرد عن طريق التكيف الادراكي، وادارة الوقت، والدعم والمساندة من اقران العمل، وتغيير الوظائف.. ويمكن ادارة الضغوط على مستوى المنظمة من خلال استراتيجية المواجهة المتمركزة على المشكلة عن طريق: اعادة تصميم الوظيفة، والانتقاء، والتدريب، بناء فرق العمل. (حسين وحسين، 2006)

ويتطبيق استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال: يمكن ادارة الضغط من خلال خفض الحالات الانفعالية السلبية للافراد العاملين بها من خلال التواصل المفتوح، وبرامج مساعدة الموظف، وبرامج الرعاية الصحية: كما يمكن ادارة الضغوط بالنسبة للفرد من خلال استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال بالاسترخاء، والتأمل العاطفي، والتمارين الرياضية

(7 - 2) الاضطرابات الذهانية:

(1) الاضطرابات الذهانية المرتبطة باضطرابات عضوية واضحة:



وهي اضطرابات نفسية تتميز بعدم تكامل شخصية الفرد وبفقدان اختبار الواقع واضطراب الإدراك ونكوص السلوك والمحتوى العقلي المرضي. وتنقسم الاضطرابات الذهانية إلى اضطرابات ترتبط باضطرابات عضوية واضحة. واضطرابات لا ترتبط باضطرابات عضوية واضحة: وهي تتميز باضطرابات الوعي، والذاكرة، والوظائف العقلية، والحكم وسطحية الانفعالات وعدم ثباتها،

ويندرج تحت هذا النوع من الاضطرابات ما يلي:

• خبل الشيخوخة وما قبل

الشيخوخة: الخبل اضطراب لا شفاء منه يرجع الى ضمور شامل في القشرة المخية وخاصة في الفص الأمامي. والخبل الذي يحدث في سن 65 فأكثر يعرف بخبل الشيخوخة. بينما الخبل الذي يحدث في سن ما بين 40 - وأقل من 65 يسمى بخبل ما قبل الشيخوخة.

• **الذهان الكحولي:** هو اضطراب ذهاني حاد يرجع إلى التوقف عن تعاطي الكحول بعد فترة طويلة من تعاطيه. كما يمكن أن يظهر نتيجة الضعف الجسمي الذي تسببه أمراض جسمية كالـدوسنتاريا أو الالتهاب الرئوي أو إصابة المخ.

• **الاضطراب الذهاني المرتبط بعدوى المخ:** وهي اضطرابات تكون نتيجة أمراض معدية حادة تصيب الفرد كالأمراض المزمنة مثل السل والتسمم الميكروبي المزمن حيث يحدث ارتفاع في درجات حرارة الجسم تسبب هذيان الحمى وهذه الهذيان تمثل مجموعة أعراض هذيانية تصاحبها هلاوس واضحة. كما قد تنشأ مجموعة أعراض الهذيان مع بداية أو نهاية المرض المعدى ولا ترتبط بارتفاع درجة حرارة الجسم. كما ان هناك اضطرابات نفس جسمية كثيرة لا يمكن فصلها عن هذيان العدوى. وقد يصاحب الأمراض المعدية طويلة الأمد اضطراب ذهاني أكثر شدة يتضح في تدهور الوعي حيث يفقد المريض إدراك ذاته. وتؤدي

الإرشاد النفسي للراشد

الأمراض المعدية خاصة تلك التي يطول المرض بها. إلى مجموعة أعراض الوهن كإحساس الزائد بالتعب والهزال وعدم القدرة على العمل العقلي والإثارة والبكاء. ومن الاضطرابات التي تندرج تحت هذا النوع: (Scully, etal, 2010)

- الاضطراب الذهاني المرتبط بالزهري: ويتميز باضطراب: النوم والاستثارة وسهولة التعب وتبلد الذاكرة والصداع والغثيان. كما يؤدي إلى ارتفاع درجة الحرارة وتضخم الكبد والطحال. وفي المراحل الأخيرة لهذا المرض يؤدي إلى الإصابة بأمراض زهري المخ والسحايا أو الشلل العام. وزهري الأعصاب السحائي والأوعية الدموية.
- التهاب المخ الوبائي: يتسبب هذا المرض من نوع من الفيروسات. ويتكون من التغير الباثولوجي الذي يحدث في المرحلة الحادة للمرض من ظهور رائح خارج الأوعية في المخ والأجهزة الداخلية الأخرى وخاصة الكبد، وتأخذ الخلايا العصبية في الانتفاخ ثم تضمر. وقد تتلاشى، الأمر الذي يؤدي إلى ما يحدثه هذا المرض من اضطراب.
- التهاب المخ في حالة الأنفلونزا: هذا المرض لا زال غير معروف. إلا أن هناك افتراض بوجود نوع من الأنفلونزا يصيب المخ مباشرة يؤدي إلى هذا المرض الذي يتخذ صوراً عديدة كالتهاب المخ الحاد، والتهاب المخ المنتشر، والتهاب المخ السحائي المحدود. ويتلف التهاب الأنفلونزا أساساً سحايا وقشرة المخ.
- التهاب المخ في حالة الحمى الروماتيزمية: وقد لوحظ وجود حالات من التهاب المخ تصاحب روماتزم المفاصل حيث يظهر على المريض حالات اكتئاب وخوف وعدم استقرار حركي. وقد تحدث هذه المضاعفات أيضاً نتيجة الإصابة المباشرة بالمخ.
- الاضطراب الذهاني المرتبط بأمراض أخرى في المخ: ويندرج تحت هذا النوع من الاضطراب الاضطراب الذهاني في حالة تصلب شرايين المخ: وهو مرض شائع يتميز بزيادة سمك جدران الشرايين وصلابتها. وفقدان مرونتها فيضيق مجرى الدم مما يؤدي إلى نقص كمية الدم التي تصل إلى المنطقة التي يغذيها الشريان فتبدأ خلايا المنطقة في التدهور والضمور.
- الاضطراب الذهاني المرتبط بضغط الدم المرتفع: ويلاحظ في هذا المرض اضطراب وظيفة القلب والأوعية الدموية. وتدهور تكوين جدران الأوعية الدموية حيث تأخذ الأوعية الصغيرة شكلاً حلزونياً مع وجود المسافات فيها فتتمزق جدرانها مما يؤدي إلى النزيف. ويؤدي إلى تدهور الخلايا والوصلات العصبية.
- الاضطراب الذهاني المرتبط بالصرع: الصرع مفهوم يطلق على طائفة من الأمراض والأعراض الجسمية والنفسية. ترجع كلها برغم اختلافها إلى نوبات من اضطراب نشاط بعض أجزاء المخ. يظهر في هيئة تغير كيميائي. وفي هيئة جهد كهربائي غير سوي. وينتشر في موجات مثيرة يمكن تسجيلها برسام المخ. وتنتشر هذه الموجات من البؤر التي تنبعث منها إلى أجزاء مختلفة من المخ.

- الاضطراب الذهاني المرتبط بحالات جسمية أخرى: وتشتمل هذه الاضطرابات على:
- الاضطراب الذهاني المرتبط باضطراب الغدد الصماء: تكوين شخصية الفرد وعلى العوامل الأخرى التي تؤثر على ذلك آن إفراز الغدد الصماء يؤثر على وظائف المخ وبالتالي على العمليات التنفسية. وتتميز هذه الاضطرابات بعدم الثبات فالأثار النفسية المصاحبة لاضطرابات الغدد تتوقف على فرد نفسه. وهناك عدد من أمراض الغدد الصماء والاضطرابات النفسية المصاحبة لها. مرض جريفز، الميكسوديما، التيتساني، الأكروميغالي، مجموعة أعراض كشنج، مجموعة الأعراض الجنسية الأدرينالية، مرض أديسون، ومرض السكر.

(2) الفصام:

يعرف الفصام بأنه مجموعة اضطرابات تتميز بالميل المتزايد إلى العزلة وبتناقض الانفعالات وتذبذبها، وعدم ملاءمتها وتبلدها. كما تظهر الأعراض في صورة نشاط حركي زائد وشاذ. أو عناد يصل أحيانا إلى درجة الذهول. وتتضمن الأعراض أيضا سوء تأويل الإدراك والعجز عن التجريد والتفكير غير المترابط وكثرة التكتيف. وعندما توجد هذات أو هلاوس فإنها عادة ما تكون غير منتظمة.

(3) الاضطرابات الذهانية الانفعالية:

هي اضطرابات نفسية تتميز باضطراب شديد في الانفعالات. وتشمل في معظم الأحيان الاكتئاب والقلق، والمرح والهياج ويصاحبها اضطراب أو أكثر كالهذاء والحيرة واضطراب الاتجاه نحو الذات واضطراب الإدراك. ويكون لدى المريض ميل شديد نحو الانتحار. ومن الاضطرابات الذهانية الانفعالية ما يلي:

1. اضطراب الهوس الاكتئابي:

يتميز هذا الاضطراب أساسا بزيادة أو قلة كل من نشاط المريض وتفكيره. كما ينتابه حالة من المرح أو الاكتئاب وقد أطلق كرابلين على هذا النوع من الاضطراب باضطراب الهوس الاكتئابي.

2. الذهان الانتكاسي:

تميل الاضطرابات الانتكاسية لأن تقع في نمطين رئيسيين يميل الأول إلى حد كبير من الاكتئاب بينما يتميز الآخر بالأفكار الاضطهادية. وهناك عوامل فيزيولوجية ونفسية خاصة يتميز بها الاكتئاب الانتكاسي كموت شخص محبوب أو الانفصال عنه، أو اضطراب أحد وظائف الجسم الهامة، أو عدم تحقيق مكانة اجتماعية واقتصادية مرغوب فيها.

(4) ذهان الباراثويد:

هي استجابات ذهانية تتميز بالهذات التي غالباً ما تكون هذات الاضطهاد او العظمة. وقد توجد الهلاوس أحياناً مع اضطراب في القدرة على الحكم والاستبصار، مما يساعد على نشوء الشك، وسوء تأويل الحوادث والأمر.

(5) اضطرابات رد الفعل الذهانية:

تعرف الاضطرابات النفسية التي تنشأ من الصدمات النفسية المختلفة باضطرابات رد الفعل الذهانية. وهي تنتاب أساساً الأفراد ذوي النشاط العصبي الضعيف أو غير المتزن، كما يمكن أن تنتاب الاضطرابات أيضاً الأشخاص ذوي الجهاز العصبي المتزن إذا كانت الإصابة النفسية شديدة. ويلاحظ أيضاً أن بعض الاضطرابات الجسمية التي تضعف من خلايا المخ العصبية لها تأثيرها بالإضافة إلى الإصابة النفسية.

(7 - 3) الاضطرابات العصبية:

الاضطرابات العصبية هي مجموعة اضطرابات تنشأ من المحاولة التي يبذلها المريض لمواجهة المشاكل النفسية الداخلية والمواقف الخارجية الصعبة التي لا يستطيع المريض السيطرة عليها دون توتر أو دون الأساليب النفسية المضطربة التي يسببها القلق الناشئ عن الصراعات. ويرى كثير من الأطباء بأن القلق يعتبر مصدراً ديناميكياً للاضطرابات العصبية. وتشيع الاضطرابات العصبية بين الإناث بدرجة أكبر منها بين الذكور نتيجة لما يطلب منه من جمود في كبت الحاجات البيولوجية الأساسية وما يتبع ذلك من قلق ودفاعات تشكل الأعراض العصبية. ومن الاضطرابات العصبية ما يلي: (Scully, et al, 2010)

(1) عصاب القلق:

يمثل القلق حالة من عدم الارتياح والتوتر الشديد، يصاحبها خوف لا يستطيع المريض التعبير عنه والشعور بتوقعات سيئة. ويصاحب القلق كثير من الاضطرابات الجسمية مثل: سرعة نبضات القلب، وتوتر العضل، اضطرابات الجهاز الهضمي. وقد ينشأ القلق مع أي موقف يهدد شخصية الفرد مثال ذلك وجود خطر يهدد انهيال كبت الرغبات الجنسية المحرمة، أو احساسات الكراهية، والعدوان التي تهدد أمن الشخصية، الإحباط، مشكلات الحياة الرئيسية التي ترتبط بالتكيف المهني والجنسي والأسري.

يبدو القلق على شكل توتر واضطراب لدى الراشد أمام حادث ينتظر أن يقع وإن يواجهه بالخطر. كما يبدو القلق على درجات متفاوتة في الشدة. فهو يتفاوت بين حالة التوتر الداخلي الخفيف وحالات الاضطراب الشديد. وهو طبيعي في درجاته البسيطة. ولكنه ليس كذلك في

مستويات اشتداده. ويعرف القلق على أنه: حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده. وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فيزيولوجية مختلفة. وهناك حالات بسيطة من القلق كثيرا ما تظهر في حياتنا اليومية ونطلق عليها أسماء مثل: العصبية: Nervousness وهي قلق خفيف. والعصبي كثير الحركة، كثير التخيل سريع الانفعال. والهم والضيق: Worry وهو قلق خفيف إلا أن له بعض مظاهر خاصة به. فالمهموم يظهر منعطفا نحو نفسه في بحثه عن المخرج أكثر مما يظهره العصبي.

ويصعب التمييز بين القلق والخوف في حالات كثيرة وذلك بسبب أوجه الشبه الموجودة بينهما. فكل من القلق والخوف حالة انفعالية تنطوي على ما تنطوي عليه الحالة الانفعالية عادة من ضغط وتوتر داخلي. وكل منهما يستثار بشعور لوجود خطر يهدد الشخص. وكل منهما إشارة تدعو الشخص إلى العمل من أجل الدفاع والمحافظة على البقاء. وكل منهما مرافق بعدد غير قليل من التغيرات الفيزيولوجية المتماثلة مثل: الاضطراب في التنفس والدورة الدموية والعصارات المعدية. إلا أن هناك اختلافات بينهما حيث يكون موضوع الخوف معروفا من قبل الشخص ومدركا. ولا يكون على هذا الشكل دائما في حالة القلق. والأصل في الخوف أن يكون موضوعه موجودا في العالم الخارجي ولا يصدق ذلك بالنسبة لكل أشكال القلق. يغلب أن يقال عن القلق أنه يخاف من شيء مجهول لا يدرك كنهه. ولا يعرف مصدره المعرفة الكافية.

وترافق القلق اضطرابات فيزيولوجية ونفسية مختلفة تكون بمثابة مظاهر أو أعراض له. وهي تتفاوت من حيث الشدة تبعا لشدة القلق. فهناك ضغط أو شدة يشعر بها القلق ويشعر معها بالكدر. ويظهر هذا الشعور مرافقا بشعور بالعجز وشعور بالعزلة والانفراد وشعور بالعداوة. وهناك شعور بالخوف لا يستطيع القلق تسميته أو الإشارة إلى عوامله المباشرة. ويسمى هذا النوع من القلق بحالة القلق. ويميل القلق إلى توقع الشر والمصائب ويهزه هذا التوقع هزا قويا يمس ثقته بنفسه. ويدعو إلى اضطراب في السير المألوف لمحاكمته واحكامه. ويلحق بذلك وجود صعوبة في تركيز الانتباه لديه. كما يميل إلى توتر الأعصاب والاضطراب.

ويمكن للمرشد استخدام أسلوب تقليل الحساسية التدريجي عند ولبي Wolpe: (Wade & Tavis, 2003) بوضع الشخص في حالة استرخاء عضلي في مواجهة تدريجية وفي مستوى التخيل مع مثيرات تزداد تدريجيا في مقدار قدرتها على استمرار استجابة القلق عند الشخص. ليتمكن خلالها من تخيل آخر المواقف المثيرة للقلق من حيث شدتها بنجاح وهو في حالة استرخاء. وأسلوب الاسترخاء العضلي. فالشخص في حالات الخوف والانفعال يستجيب بزيادة في النشاطات العضلية. كما يمكن استخدام أسلوب تدريب القدرة على تأكيد الذات: لعلاج حالات القلق الناتجة عند بعض الأفراد بسبب الخضوع والسلبية. أو العجز عن التعبير بحرية عن المشاعر

الإرشاد النفسي للراشد

في المواقف الاجتماعية التي تتطلب ذلك. بحيث يتضمن الأسلوب تدريب الشخص على لعب الأدوار الملائمة للمواقف قبل حدوثها. ومن ثم يمكن تدريبه على المهارات الاجتماعية الملائمة.

(2) عصاب المخاوف:

هو اضطراب ينتاب فيه المريض خوف شديد من موضوع معين أو موقف معين. وقد يعاني المريض فيه عددا من المخاوف تختلف باختلاف المواقف والموضوعات. وتبدأ المخاوف من خبرة معينة أثارت خوفا شديدا، ويغلب عليها أن يكون حدوثها في الطفولة. وقد تكبت هذه الخبرة في اللا شعور لأنها خبرة تثير الشعور بالذنب وخروجها إلى الشعور يكون مؤلما للشخص. وإن كانت الخبرة المخيفة تتعلق بموضوع بذاته، فإنها تمتد إلى عدة أشياء أو مواقف ترمز إلى الموضوع الأصلي. والشخص هنا لا يفقد بصيرته، فهو يعرف أن خوفه المرضي سخييف خاطئ لا مبرر له. ولكنه يعجز عن مقاومته والتخلص منه.

(3) عصاب الوسواس القهري:

الوسواس تفكير مستمر قلق لا يستطيع المريض التخلص منه. فقد يعاني المريض خوفا مستمرا من الموت ولا ينقطع تفكيره فيه. أو قد يفكر باستمرار في أنه مصاب بمرض معين كمرض القلب أو السرطان. والقهر دافع شديد لأداء فعل ما لازالة التوتر. وينتاب الوسواس والقهر أحيانا نفس المريض. كما أن الوسواس قد ينتاب المريض بدون القهر. ويصدق هذا على وسواس الخوف من الموت والمرض والعنف. ومن ناحية أخرى. فمريض عصاب القهر يعاني من الوسواس .

(4) عصاب الهستيريا:

يتضمن عصاب الهستيريا نمطين من الاضطراب. يرجعان إلى عوامل مسببة واحدة:

- الهستيريا التحويلية: حيث تتحول الاضطرابات الانفعالية إلى أعراض جسمية كالشلل وفقدان البصر.
- الهستيريا التفكيرية: وتتميز باضطراب الشعور: وتظهر في فقدان الذاكرة والهوجاج والمشى أثناء النوم وفقدان الذات والذهول الهستيرى.

(5) الاكتئاب العصابي:

هو اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن والتشاؤم وغالبا ما يشعر بالذنب أو العار كما يقلل الشخص من ذاته.

(6) النيووراستينيا:

يشعر المريض في هذا الاضطراب بالتعب والاجهاد العصبي والنفسي. ويعتبر النيووراستينيا أحد الاضطرابات النفسية كما تشير اليه التقسيمات العالمية للاضطرابات النفسية بالرغم من أن عددا من الأطباء إلى يؤيدون هذا التصنيف. وللأستعداد الوراثي دور في الإصابة بهذا الاضطراب حيث تظهر أعراضه في سن مبكرة جدا وتظهر مع أعراضه أمراض جسمية أو اضطرابات نفسية أخرى كالاكتئاب أو الفصام.

(7) عصاب توهم المرض:

يتميز هذا المرض بانشغال المريض الزائد واهتمامه الشديد بصحته الجسمية والنفسية مع الشكوى من أعراض جسمية لا يوجد لها أي سبب جسمي واضح. وأحيانا يعاني المريض من بعض الاضطراب الجسمي البسيط المحدد. ولكن الوهم يجعله يحس بأعراض أكثر من حقيقة مرضه.

(8) عصاب انعدام الذاتية:

وهو اضطراب عصابي يضطرب فيه الإدراك. فيشعر المريض بانعدامه أو بأن تغيرا قد انتابه. فيبدو للمريض أن انفعالاته وأفكاره وأفعاله غريبة وغير واقعية. كما يشعر المريض أيضا بأن بيئته أصبحت غريبة وغير واقعية. وقد يظهر انعدام الذاتية كخاصية في عدد كبير من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب وعصاب الوسواس والقلق والفصام.

(7 - 4) اضطرابات الاعتماد:

في عام 1904 كتب وليم جيمس مقالة مثيرة للاهتمام عنوانها: "هل الوعي موجود؟ فكر في هذا. هل الوعي موجود؟ هل تحس بالوعي لديك؟ أي أنك تعي أو تعرف نفسك؟ والعالم من حولك؟ هل تستطيع أن تشهد مرورك بحالة وعي أو اختبار أفكار ومشاعر؟ أراهن أنك ستفعل.

ويحكي ساراسن (Lahey, 2009) قصة أحد الشباب واسمه بيلي مليجان. كان متهما



الإرشاد النفسي للراشد

باغتصاب الفتيات. ثم قبض عليه وهو في ولاية أوهايو. وحينما سئل عن اسمه من قبل الأخصائيين النفسيين أجاب بأن بيلى نائم وأنه هو ديفيد. وعندما طبقت عليه اختبارات نفسية عديدة عليه. تبين أنه يحمل سبع شخصيات متميزة. اناثا او ذكورا من بينها شخصية كريستيان وهي طفلة عمرها ثلاث سنوات تحب الزهور. وأولينا التي تمثل شخصية امرأة تعاني من جنسية مثلية تقوم بعملية الاغتصاب عند بيلى. وديفيد الشاب الصغير الذي يعاني من ضعف في شخصيته. وأرثر الشخص الذكي الذي يتحدث الانجليزية بطلاقة. وراجان الشخص العدواني الذي يعتبر نفسه حارسا آخر. وألين الشخص المراهق ابن الثمانية عشر عاما يحب الموسيقى ويدخن السجائر. ويشير ساراسون الى ان العامل الرئيسي وراء قصة بيلى هذه. هو انه يعاني من سهولة فقدان الوعي ذاته. فما هو الوعي:

(1) الوعي:

أ. معاني الوعي:

لكلمة الوعي عدة معاني: لنلقي نظرة على بعض منها (Rathus, 2002):

1. الوعي كإدراك حسي:

أحد معاني الوعي هو الإدراك الحسي للبيئة. حاسة الرؤية تسمح لنا ان نعي او نرى الشمس تشع في الثلج على أسطح المنازل. حاسة السمع تسمح لنا أن نعي. أو نسمع، حفلة موسيقية نحن نعي اكثر. أو لدينا إدراك لتلك الأشياء التي ننتبه لها. أشياء كثيرة تحدث بجانبنا أو في العالم خارجا. لكنك تعي. أو تركز على الكلمات في هذه الصفحة (الفقرة).

2. الوعي كإدراك داخلي مباشر:

اغلق عينيك تخيل سكب صفيحة من الدهان الأحمر على غطاء طاولة اسود. راقبها. وهي تنتشر على السواد كسطح لامع ومن ثم تنسكب على الأرض. بالرغم من ان هذه الصورة ربما تكون حية. لم تراها واقعا عينيك أو أي أعضاء حسية أخرى لم ترى ذلك. لقد كنت واعيا لهذه الصورة من خلال الإدراك الداخلي المباشر.

نحن نعي او لنا إدراك داخلي مباشر مع أفكار صور، مشاعر، وذاكرات. نحن نعي او نعرف بوجود هذه العمليات المثبتة (المبرهنة) دون استعمال حواسنا.

وقد ميز فرويد. مؤسس التحليل النفسي بين الأفكار والأحاسيس التي نعيها او ندركها من قبل الوعي او اللاوعي. ومادة ما قبل الوعي ليست حاليا مدركة لكنها موجودة. وعند الإجابة عن الأسئلة اللاحقة، سوف تحمل "ما قبل الوعي" المعلومات: ماذا اكلت بالأمس على العشاء؟ متى صحت تقريبا هذا الصباح؟ ماذا يحدث خارج النافذة؟ او في القاعة الآن؟ ما هو رقم

هاتفك؟ نستطيع أن نعمل من هذه المعلومات البسيطة من ما قبل الوعي الى وعي ببساطة، بتوجيه الإدراك الداخلي او انتباهك هنا. وحسب فرويد، فان هناك حالات ذهنية أخرى مثل اللاوعي، او عدم قدرة إلى الإدراك لأغلب الظروف المحيطة.

3. الوعي كوحدة إنسانية: الإحساس بالذات:

يبدو العالم لحديثي الولادة عبارة عن مدخلات حسية مبعثرة ومحيرة. لكن تدريجيا تبني الأمور وتنظم وجهات نظرنا. وأيضا نتعلم تمييز أنفسنا من غيرنا. تطوره حاسة أننا أشخاص منفصلين. وهناك شمولية في انطباعاتنا وأفكارنا وآرائنا التي توضح وجود الوعي - وان إحساسنا الدائم بالنفس في عالم متغير في استعمال كلمة الوعي هو نفس. وان علماء النفس يرون ان وعي شخص ما هو محدد مهم في سلوك هذا الشخص.

4. الوعي كحالة يقظة:

الوعي كحالة من الصحو اقل معنى مناقض لكلمة وعي يضيف حالة الصحو الطبيعي كمانع (مضاد) مثلا للنوم من وجهة النظر هذه، النوم، التأمل، الغيبة المغناطيسية، عدم انتظام وجهات النظر التي تصاحب استعمال المنبهات للوعي (المنشطات) تعتبر حالات الوعي المتغيرة. ان هذه العوامل والحالات تتضمن النوم والأحلام، عدد من المخدرات، تأمل، رد الفعل البيولوجي والتنويم المغناطيسي.

5. الوعي كنتيجة لنشاط جهاز النشاط الشبكي:

يتحدث الباحثون عن ان الوعي ما هو الا نتيجة لنشاط جهاز النشاط الشبكي (R. A. S) وان الوعي ليس هو سبب السلوك. بل ان الوعي يمثل عرضا من اعراض نشاط المخ. ويشير الباحثون في هذا الصدد الى محاولات فونت العالم الالماني لدراسة الوعي الانساني. حيث كان يسأل الأشخاص ان يستنبطوا حالاتهم الشعورية ويصفونها. والى اهتمامات وليم جيمس بدراسة الوعي وظهور جون واطسون ونظريته السلوكية حتى بدأ عام 1950 دراسة الوعي فسيولوجيا كأحد الموضوعات التي تدرس ديناميات المخ. وبدأ السلوكيون انفسهم يهتمون بدراسة الوعي والذاكرة والتفكير واللغة. والوظائف المعرفية الأخرى. مشيرين في هذا المجال الى امكانية دراسة هذه الظواهر بشكل غير مباشر. (Lahey, 2009)

ب. حالات الوعي:

تتعدد حالات الوعي عند الأشخاص وما يشعرون به من احساسات. فبعضهم يشعر باحساسات غريبة ربما تكون اسطورية في بعض الاحيان. وربما تكشف حالات الوعي عند البعض الآخر عن مرض عقلي او اضطراب ادراكي. وقد تحدث اضطرابات في احساسات بعض الأشخاص

الإرشاد النفسي للراشد

بأجسامهم. كحالات الدوار وحالات بطء الزمن أو مروره بسرعة. (الشيخ، 1992). وقد امكن تحديد حالات الوعي بكل من: النوم والحلم، أحلام اليقظة، التأمل، التنويم، والعقاقير والا دمان. والتي سوف تناولها بالتفصيل في الصفحات التالية:

ج. الشروط التي تؤثر على الوعي:

ان الوعي البشري هو في تغير مستمر. قد لا تلاحظه والكثير من خبراتنا التي نمر بها. نعيها وكأنها مألوفة لنا تماما مما يجعلنا نسلم بها على انها حقائق كاملة وننسى في الوقت نفسه انها متباينة شكلا ومضمونا. (Rathus, 2002). فوعينا يتغير بتغير الموقف الذي نكتسب فيه خبرة جديدة. ماذا يعني بالنسبة لك سماع قطعة موسيقية. كيف تعيها؟ وما الذي يجذبك بها. وعندما تحل مسألة حسابية بسيطة او معقدة. بماذا تعي. انك في الحالة يكون وعيك حدسيا تجذبه الجماليات. وفي الثانية يكون وعيك عقليا منطقيا كي تتعامل مع مشكلات حل المسألة الرياضية التي تواجهها.

ويتغير وعينا مع تغير مستوى الاجهاد والتعب فتارة نكون في حالة ضيق وانزعاج وتارة أخرى يكون وعينا في حالة سرور وابتهاج. يتغير تارة ثالثة ليكون في حالة استرخاء رابعة في حالة من الحذر الشديد. وخامسة في حالة انتباه وتركيز فائقين.

ويتغير وعينا مرة أخرى بتغير درجة حرارة جسمنا. بل ودرجة حرارة الطقس من حولنا. فدرجة حرارة اجسامنا تنخفض الى ادنى مستوى لها في الصباح لباكر. ثم تبدأ درجات الحرارة في الارتفاع ليتغير معها مستوى الوعي. ودرجاته. وكل منا يضبط اتزانه وقدراته وشعوره بالكفاءة او التوعدك والخمول. مع انخفاض او ارتفاع درجة حرارة الجسم. (Rathus, 2002).

د. تنشيط الوعي من خلال الأدوية:

العالم سوق لمواد التنشيط الوعي. او الأدوية، وتفيض الولايات المتحدة بمئات الأدوية التي تشوه الإدراك وتغير المزاج. والتي ترفعك وتهبطك، وتحركك عبر البلدة. فبعض الناس تستعمل المخدرات لان أصحابهم يفعلون ذلك. او لان ذويهم يمنعونهم منها. والبعض يبحث عن المتعة. مثل رحالة الهمالايا. يسعون للحقيقة الداخلية. والبعض الآخر يستخدم الهيروين وهو أفيون الطبقات الفقيرة. وكان الكوكايين لعبة الأغنياء. لكن فرق الأسعار سمحت له بإيجاد طريقة في خزائن طلاب المدارس بغض النظر عن القوانين والخطب الأخلاقية والتحذيرات الطبية. والقصص المرعبة المناسبة. ولا زالت المخدرات لا زالت بيننا. تنتشر بشكل متزايد بين الناس.

٥. إساءة استعمال المادة والاعتمادية:

ان استعمال المادة الاعتمادية مثل الافيونات والهروين تؤدي الى ضعف القدرة على التركيز وتأثير الذاكرة وصعوبة في التفكير. وخمول واكتئاب وخوف وقلق والامساك المزمن، وتضييق بؤبؤ العين يرافقه صعوبات في النظر والتنفس.



واذا تم استعمالها بالحقن الملوثة التي يشترك فيها عدة مدمنين فانها تسبب نقل مرض التهاب الكبد الفيروسي ومتلازمة نقص المناعة (الايدز) بالإضافة الى العديد من الالتهابات التي قد تصل لالتهاب السحايا والدماغ.

ويؤدي الانقطاع المفاجئ عن تناول الافيونات لأعراض انسحابية شديدة من القيء والمغص والاسهال. بالإضافة الى الالام في كافة أجزاء الجسم والتهيج العصبي الشديد.

(2) المخدرات:

يقصد بالمخدرات جميع المواد الطبيعية او الكيماوية التي تستعمل لاحداث تغييرات في الشعور او المزاج او الادراك العقلي. وقد تستخدم هذه المواد لأغراض طبية ايضاً او لأغراض غير طبية. اما متعاطو المخدرات فهم الافراد الذين يتعاطون المخدرات لأسباب غير طبية بصورة منتظمة لاحداث التغيير في الشعور او المزاج او الادراك ومدمنو المخدرات هم الافراد الذين يتعاطون المخدرات بصورة منتظمة بسبب الاعتماد على المخدر لحاجة الجسم اليه نتيجة تعوده عليه فاذا امتنع عن تعاطي المخدر ظهر على الفرد خصائص او أعراض الانسحاب او الحرمان من المخدر. ويتميز متعاطو المخدرات بسمات الشخصية الانطوائية او الاعتمادية او العدوانية او التشككية: نتيجة الحرمان او الاغداق الزائد في التنشئة او الشعور بالنقص والتدني الاقتصادي او التمييز الاجتماعي او النبذ من الوالدين او العقاب الجسدي في التنشئة.

وتعتمد الأعراض الجسمية لمتعاطي المخدرات على نوع المخدر الذي يتعاطاه. فهناك انواع عديدة للمخدرات كالمارجوانا والافيون والكوكايين والمنومات او مهدئات الصرع والباربيتيوات والكودايين والهروين والمورفين وغير ذلك: ومن هذه الأعراض: بطء التنفس وبطء نشاط الدماغ والقلب وفقدان الشهية والشعور بالعطش وانخفاض الرغبة الجنسية وزيادة تحمل الجسم للآلام. واستخدام عقاقير اضافية مع الافيون. واذا ما انقطع متعاطي المخدر فترة زمنية حوالى من 4 - 6

الإرشاد النفسي للراشد

ساعات فستظهر لديه اعراض التعرق وعدم الاستقرار والشعور بالضعف والارق عند النوم وبعض الاضطرابات الجسمية كالاسهال والقشعريرة والتشنج والغثيان والدوار.

أ. الكحول:

لا يوجد محذر يعني كثيرا مثل الكحول للغالبية. الكحول هو مسبب استرخاء لنا وقت الغذاء. ومسكن وقت النوم او كميسر لحفلات الكوكتيل الاجتماعية فنحن نحتفل بالايام المقدسة. ونطري انجازاتنا. ونعبر عن امنياتنا المفرحة بالكحول. ويؤكد الشبان على نضوجهم بالكحول. ويستعمله الكبار لتحفيز الدوران في مناطق خارجية من الجسم. فالكحول تقتل الجراثيم على سطوح الجروح. بعض أطباء الأطفال بمسحون اللثة الموجوعة للأطفال الذين بدأت أسنانهم بالظهور بالكحول. الكحول مهدئ نستطيع شراءه من دون وصفة. انه المعين على القلق وتستطيع ازدراده عموما بدون نقده او الإشارة إليه. الرجل الذي يبتلع حبة في اليوم ربما يظهر ضعيفا الرجل الذي يبتلع زجاجة بيرة يمكن اعتباره رجلا قويا. ولا يوجد عقار أسوأ استعماله مثل الكحول. وهناك عشرات الملايين من البشر يدمنون على الكحول. ومئات الالاف يستعملون الهروين بانتظام. وغالبيتهم سيئون استخدام العقارات المسكنة والشرب المفرط ويربطون ذلك بالإنتاجية القليلة. وفقدان الوظيفة. والهبوط بالوضع الاجتماعي. ويشير راثوس (Rathus, 2002) ان أكثر من نصف الأمريكيين يستعملون الكحول. وبغض النظر عن الانتشار الكبير للمارجوانا واستعمالها فان الكحول يبقى هو اختيار المراهقين والراشدين على حد سواء.

تؤدي المشروبات الكحولية الى الاضطرابات في النوم وتراجع الشهية للطعام ونقص التغذية، وفقدان الوزن، وتؤثر على الاعصاب الطرفية كما تؤدي الى تشمع الكبد، ومشكلات في الجهاز الهضمي، والضعف الاسري والسلوك الاجرامي، وخسائر مادية فادحة وما يتبعها من مشكلات اجتماعية. وتضعف الذاكرة على المدى الطويل بحيث يصل بالمدمن الى حالة الخرف. كما يلحق بعض المعلومات لتغطية ضعف ذاكرته. وقد يعاني المدمن كذلك من هلاوس بصرية وسمعية أثناء التعاطي أو بعد التوقف عن تناوله. كما يمكن ان يعاني المدمن من الهذيان الارتعاشي بعد التوقف. ويعاني المدمنون كذلك من الغيرة والشك.

ب. الأفيون:

الأفيون هو مجموعة من المخدرات يتم استخراجها من نبات الخشخاش وقد أعطى السامريون القدماء هذه النبتة أهمية خاصة واسموها بنبتة المتعة. يحتوي الأفيون على المرفين، الهيرومين، كوديين، ديميرول، ومخدرات أخرى مشابهة التي تطبق استطبائاتها هو اللاشعور بالآلم.

تحفز الأفيونيات والهروين مراكز معينة في الدماغ وتؤدي إلى الشعور بالمتعة والاعتمادية الجسدية. وهي تؤدي إلى ضعف القدرة على التركيز وتأثير الذاكرة وصعوبة في التفكير، وخمول واكتئاب وخوف وقلق. وامساك مزمن وتضيق في بؤبؤ العين يرافق ذلك صعوبات في النظر والتنفس. وإذا استعملت هذه المواد بالحقن الملوثة التي يشترك فيها عدة مدمنين. فإنها تسبب نقل مرض التهاب الكبد الفيروسي ومتلازمة نقص المناعة (الايدز) بالإضافة إلى العديد من الالتهابات التي قد تصل إلى التهاب السحايا والدماغ.

ويؤدي الانقطاع المفاجئ عن تناول الأفيونات إلى أعراض انسحابية شديدة من القيئ والمغص والسعال. بالإضافة إلى الام في كافة أجزاء الجسم وتهيج عصبي شديد.

ج. المنشطات (الحفزات):

تعمل المحفزات بزيادة نشاط الجهاز العصبي، وتتراوح تأثيراتها الأخرى من مخدر لآخر. وبعضها يساهم في شعور النشاط والثقة بالنفس. وقد اصدرت الجمعية العربية للتوعية من العقاقير الخطرة والمخدرات نشرة خاصة بتوعية لمخاطر تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية تحدثت فيه عن ان الادمان واساءة استعمال المؤثرات العقلية يؤثر على التوازن النفسي للفرد ويدمر صحته. كما يؤدي إلى تصدع في العلاقات الأسرية والاجتماعية والتفكك والطلاق والانحلال. وزيادة معدلات الجريمة والعنف المجتمعي. وعدم الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي. ويجعل متعاطيه عرضة للمؤثرات الخارجية.

1. الأمفيتامين والكوكايين:

أشار عدد من الباحثين إلى الأمفيتامينات والكوكايين على انهما يزيدان من التحكم بالنفس ويزيدان من اتساع الانتباه، ويقللان الملل، ويقودان للنجاح الأكاديمي. ويمكن ان يدمن الناس على الأمفيتامينات، خصوصا عند استعمالها لمجاراة الاكتئاب. لكن الرأي يختلف في انها تقود للاعتمادية الجسدية، وان الجرعات الكبيرة ربما تسبب عدم الراحة، والهلوسة، وجنون الارتياب، الارق والقلق، وأعراض الذهان والاكتئاب. والتي قد تظهر بوضوح أكثر بعد التوقف وفقدان الشهية. وحدة الطبع. وزيادة النشاط العصبي والجسدي والنفسي، وزيادة مفرطة في الاستجابات للمؤثرات الخارجية السمعية والبصرية واللمسية، وزيادة في الحركة والكلام، والعدوانية والعنف. ويظهر على المدمن الخمول والكسل والعزلة وزيادة النوم.

2. المنومات والمهدئات:

وتؤدي المهدئات صعوبة في التفكير والتركيز وضعف الذاكرة، واختلال في الحكم على الأمور الحياتية، وتراجع في القدرات الجنسية وضعف الانتاج، وتباطؤ في سرعة رد الفعل. مما يزيد

الإرشاد النفسي للراشد

من حوادث السير والحوادث الصناعية واصابات العمل. والاكتئاب والميل نحو العنف والوصول بالجرعات للدرجات الخطرة على أجهزة الجسم.

وعند توقف المدمن عن تناول المهدئات بشكل مفاجئ فإن اعراضه تشمل الهيجان واضطرابات ذهنية وعقلية مختلفة وهلاوس سمعية وبصرية قد تصل الى فقدان الوعي والتشنج ونوبات صرعية يمكن ان تؤدي الى الوفاة.

3. الحشيش والماريجوانا:

ويؤدي تعاطي هذا النوع الى تغيير الاحساس بالوقت والمسافات وتغيرات في حواس الشم والتذوق والابصار واللمس، وهلاوس وأوهام تؤثر على الذاكرة والخلط بين الاحداث. كما تؤدي الى ضعف التركيز الذهني وصعوبة التعبير عن الشخصية واللامبالاة والبعد عن الواقع، والفرع، والقلق والهذيان، والاكتئاب والشيخوخة المبكرة واعراض أخرى مشابهة لحالات الفصام العقلي.

4. عقاقير الهلوسة:

وهي تؤدي الى تنبيه في الجهاز العصبي يليها اضطرابات عقلية توحى لمتعاطيه بأنه قادر على الطيران والتحليق. ورؤية مناظر مذهلة متغيرة أو تغير درجة الوعي والاحساس بالزمان والمكان وتقديره والانفصال عن الواقع. مما قد يؤدي للقفز من مكان مرتفع والتعرض لأخطار كبيرة. وتكرر هذه الاعراض من حين لآخر وتصل الى حالات شبيهة بالانفصام العقلي أو الذهان الزوري المتكرر.

هذا، وقد افرز الباحثون عشرة مبادئ اساسية في علاج مدمني المخدرات (الخالدي، 2008):

- كل مدمن يمكن علاجه بالتسلح بالحب والارادة والصبر ما عدا السيکواتي.
- اتقان المدمن يحتاج الى صبر - نفس طويل - دون توقف.
- علاج المدمن يكمن في اخلاص حقيقي من المعالج في مساعدته كي يستمر المتعاطي في التوقف عن تعاطي المخدرات.
- الادمان ليس مشكلة وانما هو مرض على الطبيب معرفة دوافعه الحقيقية حتى يتمكن من التقدم في العلاج.
- المعالج الحقيقي للمدمن ليس هو الطبيب وانما هو انسان قريب منه يحبه كأحد افراد أسرته او صديق او حبيب. واذا خلت حياة المدمن من انسان يحبه فلن يشفى من ادمانه.
- ان اعظم دواء لشفاء الادمان هو الحب الحقيقي وغير المشروط.
- الوقاية خير من العلاج ويعني ذلك منع حدوث الادمان ويبدأ العلاج بعد فشل كل الجهود التي تبذل في الوقاية ويكون العلاج في البداية من مسؤولية الاسرة في الوقاية والاكتشاف المبكر ومن ثم العلاج.

- لا بد من معرفة كل الحقائق العلمية لمن سيتحمل مسؤولية العلاج من اسرة المدمن والتعاون مع فريق العلاج.
- العلاج الناجح يعطي ثماره خلال اسابيع قليلة وبعبدة ويعيد الى حالته الطبيعية بسرعة.
- يجب اشراك المدمن نفسه في خطة العلاج حتى لا يحكم على العلاج بالفشل.

ويمكن للمعالج استخدام واحدة او اكثر من اساليب العلاج التالية:

- **العلاج النفسي المكثف:** بتلقي المدمن ارشادا فرديا لكافة مشاكله وحاجاته لمدة شهر واعطاءه محاضرات ومشاهدة افلام وحضور ورشات عمل ولعب الادوار واعطاء واجبات واجراء الاختبارات الشخصية عليه.
- **العلاج السلوكي المعرفي:** وذلك بتكوين علاقة علاجية آمنة مع المدمن لمساعدته على اكتشاف هوية الذات وتحقيق مزيد من الوعي بالذات، وتعريض المدمن وتقبله وتقبله لافكاره ومعتقداته حول المشكلة التي عانى منها. ويقوم المرشد ازاء ذلك ببناء الثقة بينه وبين المدمن بشكل تدريجي ومحاولة كسب محبته.
- **العلاج المعرفي:** حيث يبدأ المعالج بتعريف المدمن انه فقد السيطرة وان عليه ان يعمل لاستعادتها واذا استمر المدمن على هذه الحال فانه سوف يصعب علاجه فيما بعد وان الادمان سوف يحطم مستقبله وهو عدوه الحقيقي وعليه ان يبدأ حياة جديدة دون عقار وان يكون قادرا على مواجهة الالم والاحباط دون الجري والهروب. ومحاولة بث قيم جديدة ومهارات جديدة لدى المدمن دون تناول العقار.



(3) التبغ (السجائر):

إن جميع علب السجائر المباعة في معظم الدول تحمل رسالة مثل: "تحذير: الجراح (الطبيب) العام قد اثبت ان التدخين خطر على حياتك" حظرت دعايات السجائر في الإذاعة والتلفزيون في عام 1982. وقد أعلن الاطباء أن تدخين السجائر مسبب رئيسي. للأصابة بأمراض سرطان الرئة، والحنجرة، وتجويف الفم، والمرئ ويمكن ان يساهم في سرطان البنكرياس، المثانة، والكلى، ويربط التدخين أيضا بالموت من داء

الإرشاد النفسي للراشد

القلب، وداء الرئة المزمن وداء الجهاز التنفسي. وامراض أخرى. كما ان النساء الحوامل المدخنات يخاطرن بالأجهاض. ولادة الخداج واعاقات الولادة.

يحتوي التبغ على اول اكسيد الكربون والهيدروكربون "القطران" والنيكوتين. حيث ينقل الأكسجين في الدم عن طريق الهيموجلوبين. وعند اتحاد اول اكسيد الكربون مع الهيموجلوبين تفسد قدرة الدم لتغذية الدم بالأكسجين. وقد اثبت الاطباء ان بعض الهيدروكربونات تسبب السرطان للحيوانات المخبرية.

ويسبب النيكوتين المحفز الموجود في السجائر نداوة وبرود الجلد. الضعف والدوخة، القيء، والغثيان، والإسهال والى الارتباك والانزعاج الحيني للمدخن المنعزل. ويحفز النيكوتين إطلاق هرمون الأدرينالين. الذي يخلق قوة نشاط لا إرادية. وتسرع دقات القلب وزيادة نسبة السكر في الدم. ويوفر نوع من الانطلاق الفكري. فالنيكوتين هو المسؤول عن تحفيز خصائص دخان السجائر. لكن تأثيرها محدود في المدى البعيد ويمكن ان يساهم في التعب والارهاق الجسدي.

التوقف عن التدخين:

اقترح راثوس (Rathus, 2002) عددا من الاجراءات التي تفيد في التوقف عن التدخين:

- اعلم اهلك، أصحابك بالتوقف – أعط التزاما عاما.
- فكر في أشياء معينة ستقولها لنفسك عندما تحس الحاجة للتدخين
- كيف ستكون أقوى، خال من الخوف من السرطان، مستعد لسباق الماراثون.... الخ.
- قل لنفسك ان الأيام الأولى هي الأصعب – بعدها أعراض التوقف تضعف تدريجيا.
- ذكر نفسك انك افضل من غير المقاعين عن التدخين.
- ابدأ يومك عندما تصحو، متذكرا انك أمضيت 8 ساعات بدون نيكوتين.
- اذهب في رحلة إنهاء التدخين للابتعاد عن المواقف والأماكن التي كنت تدخن فيها.
- ارمي المناقض وامنع المدخنين من زيارتك لفترة ما.
- لا تحمل أعواد الثقاب او تشعل سيجارة أناس آخرين.
- اجلس في أقسام غير المدخنين في المطاعم والقطارات.
- اشغل أيامك بالقراءة – أشياء لا تذكرك بالتدخين.
- استعمل النعناع الخالي من السكر او العلكة كبديل للسجائر.
- اشترى لنفسك هدايا بالأموال التي كنت تهدرها بالتدخين.
- عد سجائرك لتبني لنفسك خط تدخين أساسي.

- ضع أهداف صلبة للتحكم بالتدخين، كمثال، خطط لخفض خط التدخين الأساسي بنسبة 50%.
- حدد تدريجياً المحيط الذي تسمح لنفسك بالتدخين فيه.
- انخرط بنشاطات حيث التدخين غير مسموح وغير عملي.
- حول الى نوع لا تحبه، احمّل العلبة باليد غير المسيطرة فقط.
- لا تشتري أكثر من علبة يومياً. حدد عدد السجائر لحد الهدف الذي تريده للتخفيف.
- استعمل الحلوى والعلكة الخالية من السكر. كبديل عن بعض السجائر يومياً.
- هرول بدل التدخين، أو اسبح، احشي، أو مارس الحب.
- توقف قليلاً قبل الإشعال. ضع السيجارة على المنفضة بعد كل زفرة وفكر هل تريد المزيد. إذا كنت لا تريد ارمها بعيداً اطفئ السيجارة قبل الوصول لنهايتها.
- مدد الفترة بين السجائر تدريجياً.
- تخيل عيش حياة طويلة. خالية من السعال. أه الحرية!!
- بينما تدخن. تصور رئتيتن سوداويتن. السعال، احتمالية السرطان، وامراض رئوية أخرى.

(5 – 7) الاضطرابات الجنسية:

(1) النشاط الجنسي:

للجنس أهميته الكبرى في حياة الفرد لكونه يرتبط بشكل واضح وجلي بكل جوانب النمو المختلفة ومن أجل ان يخفف المراهق من توتره الجنسي، فانه يلجأ الى ممارسة النشاط الجنسي الذاتي والتي تسمى بالعادة السرية Masterbation وتشير البحوث المتعلقة في هذا الجانب الى ان الافراط في مثل هذا النشاط وادمانه وما يصاحبه من مشاعر الاثم والخطيئة والصراع النفسي. الخوف والقلق النفسي. والشعور بالاثم وفقدان اعتبار الذات (Petersen, 2005) ولكن: ما الذي يجعل الانسان يطلب الجنس على الاطلاق؟

تشير البحوث الى علاقة عضوية ومكتسبة. فالعامل العضوي الرئيسي للرغبة الجنسية في الذكر والانثى يمكن ان يوجد في الدور الذي تلعبه الهرمونات والصفات المكتسبة تظهر في الطريقة التي يتجاوب بها الناس لعوامل الاثارة المختلفة.

تتضمن الاضطرابات الجنسية الانحرافات الجنسية التي يتم بها اشباع الحالة الجنسية بوسيلة غير وسيلة الجماع الجنسي العادي بين الجنسين المختلفين. كما تتضمن تلك الاضطرابات التي تصاحب الاستثارة والرغبة الجنسية وذروة الجماع الجنسي. وقد يحدث الاتصال الجنسي مع أفراد نفس الجنس. حيث يسمى الاتصال الجنسي المثلي للإناث بالسحاق. ويسمى

الإرشاد النفسي للراشد

الاتصال الجنسي المثلي للذكور باللواط. وتعتبر الجنسية المثلية أكثر الانحرافات الجنسية شيوعا. وهي تختلف من مجتمع لآخر ولا يقتصر السلوك الجنسي المثلي على طبقة اجتماعية واقتصادية معينة. وقد يعرض أعضاء التناسلية في الأماكن العامة كوسيلة للإشباع الجنسي عند الذكور. بينما تجد الإناث لذة بدرجة أكبر عند عرضها أجزاء أخرى من الجسم.

وتمثل مشاهدة الأعضاء التناسلية أو الأنشطة الجنسية للآخرين من الانحرافات الأكثر شيوعا بين الذكور منه عند الإناث. وغالبا ما يعاني المريض قلقا بسبب النشاط الجنسي فيسعى للإشباع الجنسي بمشاهدة الآخرين في جماع جنسي أو عندما يكونون عرايا. وقد يحصل الشخص على الاستثارة الجنسية والإشباع الجنسي بارتداء ملابس الجنس الآخر. ويشيع هذا النوع من الانحراف بين الذكور أكثر منه بين الإناث وعادة ما يقوم المريض بارتداء ملابس الجنس الآخر في سرية تامة على الرغم من أنه قد يظهر بها أمام الآخرين أحيانا. وقد يغير الشخص من جنسه بالقيام بأفعال الجنس الآخر. بالرغم من سويته من الناحية البيولوجية. وقد تصل به الحال إلى رغبته في إجراء عملية جراحية تغير من جنسه إلى الجنس الآخر. وقد تحدث الاستثارة الجنسية والإشباع الجنسي عن طريق الاتصال الجنسي بطفل أو شخص غير ناضج جنسيا من كلا الجنسين. ويكون جنس المريض في هذه الحالة ذكرا وقد يكون يعاني من حالة من الجنسية المثلية أو الغيرية. وقد يحصل الشخص على الإشباع الجنسي من الحيوانات وقد يعاني من العنة بعدم انتصاب القضيب أو ضعفه مما يعيق عملية الجماع بين الجنسين. وهناك عدة عوامل نفسية وبيولوجية تسبب هذه الحالة. أما العوامل البيولوجية فتتمثل في الحالة العامة للجسم من أنيميا وسوء تغذية وأمراض معدية وأورام وسكر ونقص هرمون الثوراكسين. وكذلك أمراض الجزء العجزي من الحبل الشوكي واضطرابات المثانة والبروستاتا وفقدان الخصي وتقدم السن. وتتمثل العوامل النفسية في القلق والخجل أو الشعور بالذنب أو الخوف أو الغضب.

وقد تشكل الرغبة الجنسية الزائدة للفرد عادة مظهرا لمشاكل نفسية. لكنها قد تحدث نتيجة لأسباب عضوية كالتهابات في المنطقة الطرفية من المخ. كما قد تظهر الرغبة الجنسية الزائدة أثناء نوبة التشنج في الفص الصدغي نتيجة استثارة الجهاز الطرفي والهيپوثلاموس والنواة اللوزية. فقد ينتاب كلا من الرجل أو المرأة رغبة جنسية زائدة. وغالبا ما ينقص هذا النشاط الجنسي الزائد حالة الإشباع ولذة الذروة وبهذا لا يحصل الشخص على الإشباع الجنسي التي يرغب بها مما يحدث له أعراض عصابية مثل عدم الاستقرار وقلة التركيز وعدم الرضى عن الحياة.

هذا، وقد أشار ريمي Rami إلى الاضطراب الجنسي كنتيجة لمعتقدات أو قناعات خاطئة يتبناها المتعالج بشكل قاس وغير موضوعي حول ذاته. مما يدفع به إلى سلوك غير متعلق مما

يؤدي الى انهزام الذات، وإشاريومي الى هدف العلاج بتغيير التصورات الخاطئة لدى المتعالج وتصحيحها أو تغييرها بما يؤدي الى زوال جوانب سوء التوافق. واستخدم ريومي ازاء ذلك فنيات العلاج التالية:

- محاولة العثور على المفاهيم والتصورات الخاطئة وتغييرها من خلال فحص وتمحيص الذات عن طريق تشجيع المتعالج على الحديث عن ذاته وعن مفاهيمه الشخصية.
- محاولة تفسير وتوضيح المفاهيم التي يتبناها المتعالج.
- التشجيع على الاثبات والبرهنة الذاتية على زيف مفاهيمه حول ذاته وعلاقته بالآخرين.
- اعطاء الخبرة البديلة ازاء تصورات ومفاهيمه الخاطئة.

وتحدث عن دور المتعالج بالمراجعة المعرفية لأفكاره وإدراك العلاقة بين المعرفة والانفعال وذلك بالاستبصار والاعتراف بالتصورات الخاطئة.

(2) الشذوذ الجنسي:

ما الذي يجعل الناس ينجذبون الى شخص من الجنس الآخر أو من نفس الجنس؟ عدد كبير من البحوث قد تم الجواب عن هذا السؤال فان لدينا الكثير من الفرضيات. لكن ليس هناك جواب محدد فان الاثنين الذين ينجذبان للجنس الآخر أو الشواذ (الذين ينجذبون لنفس الجنس) يظهرون تجاوبا عضويا مشابها خلال مرحلة الاثارة الجنسية ويثارون (يتحفزون) جنسيا بنفس حوافز اللمس. وهناك دراسات على مستوى كبير بينت ان الشواذ جنسيا يتصرفون بطريقة مشابهة للأشخاص الطبيعيين (ذكور واثبات) الفرق الرئيس هو جنس الشريك. عدد من الفرضيات قد تم تقديمها لتفسير وجود الشذوذ الجنسي الاقدم هي ان الشذوذ نوع من المرض العقلي.

وقد تحدثت بعض النظريات على وجود عامل جيني بسبب عدم توازن في الهرمونات المفرزة في الجسم أو مجموعة من العوامل العائلية مثل ام مسيطرة واب ضعيف الشخصية أو عملية تعلم عرضية (بالصدفة) ومن خلالها شخص يافع يغويه ويغريه شخص من نفس الجنس ثم يفضل الشذوذ الجنسي بعد ذلك. ولحد الان ليس هناك شيء يدعم علميا الفرضيتين الأخيرتين. فقط بعض الأدلة غير النهائية.

ولقد تأثرت بحوث النمو الخلقي والجنسي بعدد من النظريات السيكلوجية من أبرزها نظريات التحليل النفسي والنظرية السلوكية أو التعلم الاجتماعي ونظريات النمو المعرفية. وبالنظر إلى تلك النظريات. نرى ان فرويد مثلاً ربط بين الفرائز الجنسية وبين الحاجات

الإرشاد النفسي للراشد

الانفعالية. وعالج النمو الخلقي في إطار مبدأ اللذة. وفكرة الإثم. وأكدت نظرية التعلم على أهمية الحاجات البيولوجية وإشباعها. واعتقد أصحاب نظريات التعلم ان النمذجة والاستجابات السلوكية المتعلمة هي التي تحدد النمو الخلقي والاجتماعي (Aronfreed, 2006).

فقد ربطت نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic theory بين الغرائز الجنسية وبين الحاجات الانفعالية. وعالجت موضوع النمو الخلقي في إطار مبدأ اللذة. فالأنا العليا الذي يمثل معايير الراشدين. ينمو من خلال التوحد Identification مع الوالد من نفس الجنس وان المجتمع يضمن بقاءه من خلال التقمص او التوحد الذاتي بفرض معاييرها على الفرد الذي ينقل هذه المعايير إلى الجيل الذي يليه. فكل من الأولاد والبنات الذين يتوحدون مع الوالد من نفس الجنس بسبب الخوف أو القلق على السلوك (فقدان الحب أو العدوانية). (Papalia & Olds 2005)

وطبقا لنظرية التعلم الاجتماعي Social learning theory. فان السلوك. الأخلاقي مكتسب من خلال الآليات الكثيرة من السلوكيات. وهي التعلم (Gewirtz, 1999). او النمذجة والتقليد الأخلاقي. ويرى أصحاب نظريات التعلم الاجتماعيان مفهوم التحليل النفسي للتوحد مطابق لمفهوم نظرية التعلم الاجتماعي بشأن التقليد. وان التوحد يحدث عندما يطابق سلوك الشخص سلوك النموذج. وطبقا لنظريات التعلم الاجتماعي. فان التوحد والتقمص هما عملية مستمرة لاكتساب الاستجابات وتعديلها. وان الاطفال يتعلمون ادوارهم الاجتماعية بنفس الطريقة التي يتعلمون بها السلوكات الأخرى. وذلك من خلال الملاحظة تقليد النماذج. وعادة ما يكون الوالد من نفس الجنس أحد هذه النماذج. ونظرية التعلم الاجتماعي مثلها مثل نظرية التحليل النفسي تؤكد على دور الوالدين او غيرهما من النماذج في هذا التعلم فالوالدان يعلمان ويقدمان النموذج لسلوك ذريتهما.

وتحدث بياجيه عن التغيرات التي تحدث في تفكير الطفل عبر المراحل المختلفة مشيرا إلى إنها ليست تغيرات كمية فحسب وانما هي في الأساس تغيرات كيفية بمعنى أن الأبنية العقلية في مرحلة نمو معينة تختلف اختلافا نوعيا عن المرحلة السابقة لها وتلك التي تتلوها. ومع ذلك، فالمراحل من النوع التجميعي (التراكمي) بمعنى أن الأبنية التي تكونت في مرحلة عمرية معينة. لا تختفي أو تزول نهائيا لتحل محلها أبنية جديدة تماما. وانما تدخل كجزء مكون للأبنية الجديدة.

قدم كل من بك وهاف جهرست تصورهما عن مراحل النمو الخلقي في كتابيهما سيكولوجية نمو الخلق الذي نشر عام 1960. وافترضوا في دراستهما وجود خمسة أنماط من الخلق تتابعا مع نمو الفرد وهي:

- **الحياد الأخلاقي في الطفولة A moral in infancy**: في هذه المرحلة يرى الطفل الناس الآخرين كوسائل لإشباع الذات. يكون الطفل متمركزا تماما حول ذاته. لا يعرف المبادئ الأخلاقية ولا الضمير. إنها صورة رضيع لم يبدأ في التطبيع بعد.
- **الوسيلة في الطفولة المبكرة Expedient in early childhood**: يميل الطفل في هذه المرحلة لأن يعمل وفقا لتقاليد المجتمع ولكن لكي يتجنب العقاب ويحصل على الثواب فقط. والطفل في هذه المرحلة لا يهتم بخير الناس الآخرين. إلا إذا كان في صالحه. ويكون الطفل متمركزا حول ذاته. وأخلاقياته غير ثابتة طالما ان مبرر محافظته على القواعد مرتبط بحصوله على ميزة أو مكافأة.
- **المسايرة في الطفولة المتأخرة Conformity in late childhood**: الشخص المسائر هو الذي يتبع ما هو سائد من قواعد السلوك. ويكون للطفل اتجاه ثابت نحو الصواب والخطأ دون الرجوع إلى الالتزام بمبدأ أخلاقي عام. وإنما الالتزام بما هو سائد في المجتمع.
- **الضمير اللاعقلاني Irrational conscientious في الطفولة المتأخرة**: وهذا يحكم الطفل على المواقف وفقا لمعاييره الداخلية أو الذاتية عن الصواب والخطأ. مع اهتمام ضئيل بما إذا كان الناس من حوله يوافقون على تصرفه أم لا.
- **الفيرية العقلانية Rational altruistic في المراهقة**: وتمثل هذه المرحلة أعلى مرحلة للنضج الخلقي في تصور بك وهافجهرست. وهؤلاء الذين يسلكون على هذا النحو ليست لديهم مجموعة ثابتة من المبادئ الأخلاقية وإنما هم أيضا يطبقونها بموضوعية في ضوء ما إذا كانت نتائج الفعل المعين ضارة أو نافعة بالنسبة للآخرين. (الشيخ، 1983)

وتعتبر نظرية لورنس كولبرج Lawrence Kolberg (1927 – 1987) أحدث النظريات النمائية الخلقية ونمو التفكير الخلقي بشكل خاص. كما أنها تعتبر أكثر النظريات ثراء من حيث استشارتها للبحث في التفكير الخلقي. ويرى كولبرج ان تعلم الاطفال لهويتهم الجنسية لا يعتمد على الكبار كنماذج او كعوامل للثواب والعقاب. وإنما يقوم الاطفال انفسهم بتصنيف انفسهم والآخرين كذكور أو اناث ومن ثم ينظمون سلوكياتهم بما يتسق هذا التصنيف. وبالتالي يتبنن السلوكيات التي تناسب جنسهم.

ويعتقد كولبرج ان النمو الجنسي لدى الفرد يسير عبر عدة مراحل تتمثل في الآتي (الريماوي، 2007):

- لا يستخدم الأطفال السلوك المميز للجنس قبل سن الثانية لتصنيف انفسهم او الآخرين. فتارة يشيرون الى انفسهم على انهم اناث تارة اخرى ذكور. ولا يكن لديهم في تلك المرحلة فهم عن ان لدى الفرد خاصية جنسية لا تتغير.

الإرشاد النفسي للراشد

- **مرحلة الهوية الجنسية:** تبدأ في السنة الثانية من العمر حيث يبدأ الاطفال تسمية انفسهم على اساس الخصائص الجسمية كذكور او اناث وليس الجنس. فيقولون هذا ذكر لأن شعره قصير ويضع ربطة عنق. تلك انثى لأن شعرها طويل وتلبس التنورة... الخ.
- **مرحلة استقرار الهوية الجنسية:** تبدأ هذه المرحلة في سن الرابعة من العمر بحيث يفهم الطفل في هذه المرحلة ان الشخص الذي اعتبر ذكرا يبقى كذلك طول العمر. والبنات يكبرن ليصبحن امهات في المستقبل. الا انهم لا يدركون ان الجنس ثابت عبر الماقف.
- **مرحلة ثبات الهوية الجنسية:** في سن الخامسة يدرك الطفل ان الجنس ثابت عبر الزمن والمواقف. وان الجنس لن يتغير بتغير الملبس والنشاط الذي يقدمه.

لقد طور كولبرج تصور بياجيه عن نوعي الأخلاقية وقدم تصوره الخاص عن ست مراحل لنمو التفكير الخلقى يمكن تصنيفها الى ثلاث مستويات. تبدأ من منظور التمرکز حول الذات. ثم المنظور الاجتماعي وأخيرا المنظور الإنساني العالمي. كما سعى الى تقديم استبصار أكبر بأثر القوى الاجتماعية والخبرة على النمو الخلقى. وكان اتجاه كولبرج في فهم استجابات الأفراد للمشكلات الخلقية شأنه شأن بياجيه يعتمد على تحليل الأبنية العقلية وأنماط التفكير الكامنة وراءها.

واعتبر كولبرج المفهوم الأساسي للنمو الخلقى هو العدل. وهو نفس الاعتبار الذي دارت حوله تحليلات بياجيه. وان النمو الأخلاقى يتضمن عملية متصلة يعيشها الفرد بهدف إقامة نوع من المواءمة بين نظرة أخلاقية معينة وخبرة الفرد فيما يتعلق بالحياة في عالم اجتماعى يتبنى هذه النظرة ويتخذ منها معيارا لمسلك الأفراد في هذا الجانب أو ذاك من جوانب حياتهم. (Kolberg & Kramer, 1980). ويرى كولبرج ان التفكير الخلقى للأفراد يتغير مع تقدمهم في النمو. وبصورة عامة فانهم يتحركون من المستوى قبل التقليدي إلى المستوى التقليدي. فالمستوى بعد التقليدي. ولا يحدث ان يتخطى أي فرد مرحلة معينة إلى مرحلة أعلى منها. إلا أن البعض فقط هم الذين يصلون إلى المرحلة السادسة. (Gorman, 1993).

طورت ساندرا بيم نظريتها المعرفية الاجتماعية حول الجنس الهوية الجنسية عام 1983 ضمنيتها أنماطا معرفية منتظمة من السلوك تساعد الطفل في تصنيف المعلومات. وتمثل السكيما أحد أنماط السلوك المتسق مع الجنس وان اكتساب هذا الاتجاه يعتمد الى حد ما على نشوء السكيما الجنسية التي تمثل اطرا مرجعية معرفية تعكس خبرات الاطفال المتصلة بالمعتقدات الاجتماعية المتعلقة بصفات الذكور والاناث مثل تعليمات الوالدين وملاحظاتهم المتعلقة بتصرفات الذكور والاناث في مجتمعهم (Baron & Kalsher, 2007).

وعندما تتشكل السكيمات فانها تبدأ بالتأثير على معالجة الاطفال للكثير من انماط المعلومات الاجتماعية. فبعض الاطفال الذين يتميزون باسكيمات راسخة يميلون الى تصنيف سلوك الآخرين على انه اما ذكري او انثوي. وان استدعاء السلوكيات المتسقة مع سكيماتهم يكون اسهل بالنسبة اليهم.

وتشير هذه النظرية الى انه يمكن تعديل السكيمات الجنسية خاصة عندما يقوم الراشدون بتعليم اطفالهم سكيمات اخرى جديدة عوضا عن تلك التي تعزز الدور الجنسي التقليدي وذلك من خلال (الريماوي، 2007):



- مشاركة الآباء في الأعمال المنزلية.
- تقديم هدايا غير تقليدية (مثل دمي للذكور وشاحنات للاناث).

- التمييز بين الرجال والنساء على الخصائص التشريحية والانجابية بدلا من الملابس.

وقد بينت الدراسات والبحوث التي اجريت حول نظرية بيم هذه الى ان الافراد الاندروجينيين يسجلون علامات اعلى مقاييس تقدير الذات من الافراد المنمطين جنسيا بشدة. كما بينت الدراسات وجود فروق قليلة بين كل من الاندروجينيين والنمط الذكري على مقاييس تقدير الذات ذلك ان الخصائص الذكرية تحتل عادة المكانة الاعلى لدى معظم المجتمعات من الخصائص الانثوية.

(6 – 7) اضطرابات الشخصية:

احتلت الشخصية مكانة هامة في الدراسات النفسية خلال السنوات الأخيرة. ويصدق هذا القول في حال دراسة الشخصية السوية كما يصدق في حال دراسة الشخصية المضطربة. وقد ساعد على تأكيد هذه المكانة عدد من العوامل كان من بينها النظر الى السلوك على أنه محصلة لشخصية تعمل من حيث هي وحدة متكاملة وفيها ما تنطوي عليه من عناصر ومركبات ودوافع وقدرات. الا ان هذا الاهتمام العظيم بالشخصية لا يسلم من الاختلاف في المنحى الذي تأخذه الدراسات التي تجعلها موضوعا لها. وذلك على الرغم من وجود اتفاق حول اعتماد الطريقة العلمية في البحث.

(1) تعريف الشخصية:

تباينت تعاريف الشخصية بتباين الزوايا التي تم النظر الى جوانبها المختلفة:

فمن حيث المعنى اللغوي لكلمة الشخصية: فان الشخص في اللغة العربية سواد الإنسان وغيره يظهر من بعد وقد يراد به الذات المخصوصة وتشاخص القوم اختلفوا وتفاوتوا. وجمع كلمة شخص في القلة " اشخص " وفي الكثرة " شخوص " وأشخاص (عبد الخالق، 1998). وفي اللغات الأوروبية. أشار البورت Alport إلى أن كلمة Personality في الإنجليزية ومصطلح Personalite بالفرنسية ولفظ Personalicheit بالألمانية يشبه كل منها الى حد كبير كلمة Personalitas باللغة اللاتينية قد استخدمت في الأصل لتشير إلى القناع المسرحي الذي استخدم لأول مرة في المسرحيات الإغريقية وتقبله الممثلون الرومان قبل ميلاد السيد المسيح بحوالي مائة عام. فالشخصية كما ترى، ينظر إليها من حيث ما يعطيه قناع الممثل من انطباعات أو من ناحية كونها غطاء يختفي وراءه الشخص الحقيقي. ويتفق هذا القول مع التعريفات التي تنظر الى الشخصية من ناحية الأثر الخارجي الذي تحدثه في الآخرين. (Hall & Lindzey, 2007) وقد ورد لفظ الشخصية في كتابات شيشرون (غنيم، 1993) بأربعة معان مختلفة تستمد جذورها من فكرة المسرح. فالشخصية من وجهة النظر هذه يمكن اعتبارها:

- الفرد كما يظهر للآخرين. وليس ما هو عليه في الحقيقة. وهي بهذا المعنى تتصل بالقناع.
- مجموع الصفات الشخصية التي تمثل ما يكون عليه الفرد حقيقة. وهي بهذا المعنى تتصل بالممثل.
- الدور الذي يقوم به الفرد في الحياة سواء كان دورا مهنيا أو اجتماعيا أو سياسيا.
- الصفات التي تشير الى المكانة والتقدير والأهمية الذاتية. وهي بهذا المعنى تشير الى المركز الكبير الذي يحتله الفرد.

وتحدث البورت عن الشخصية على انها استجابات الفرد المميزة للمثيرات الاجتماعية. واسلوب توافقه مع المظاهر الاجتماعية في البيئة. وهذا يعني ان شخصية الفرد دالة أو وظيفة لسلوكه واستجاباته للمواقف المختلفة. وعبر عن الشخصية على أنها كل الاستعدادات والنزعات والميول والغرائز والقوى البيولوجية الفطرية والموروثة. كما يعبر عن الشخصية باعتبارها ذلك النظام الكامل من الميول والاستعدادات الجسمية والعقلية الثابتة نسبيا التي تعتبر مميّزا خاصا للفرد والتي يتحدد بمقتضاها أسلوبه الخاص في التكيف مع البيئة المادية والاجتماعية. (Papalia & Olds , 2005)

وتعتمد النظريات المنطلقة من عملية التعلم في فهم الشخصية على عنصر أساسي في تعريفها للشخصية وهو السلوك والسلوك المتعلم باعتبارها أنماط السلوك المتميزة (ومن بينها الأفكار والعواطف) التي تميز تكيف كل فرد مع مواقف حياته.

(2) مكونات الشخصية:

وتحدث علماء النفس عن صور مختلفة لمكونات الشخصية الانسانية وفقا للأطر النظرية التي صاغها كل واحد منهم للشخصية. (RoedigerIII, et al , 2007)

فمكونات الشخصية عند فرويد تتمثل في كون الشخصية منظومة تتضمن ثلاث منظومات فرعية تعمل معا على المستوى اللاشعوري وهذه المنظومات هي: الهو: وتحتوي على كل ما هو غريزي ويتطلب الاشباع وفقا لمبدأ اللذة، والأنا: وهي تنبثق من الهو كي تواجه مطالب الواقع والمجتمع فهي مسابرة لمطالب هذا الواقع ومن ثم تخضع وفقا لمبدأ الواقع. والأنا العليا وهي المنظومة الفرعية الثالثة التي تختص بالقيم والمثل والقوانين والدين والأخلاق.. الخ. مروراً بالتطبيع الاجتماعي والتربية المنزلية والمدرسية

وتتمثل المكونات عند يوتج في الأنا أو الذات ويشير إليها باعتبارها منظومة شعورية تعمل على التناغم بين الغرائز الفطرية الحيوانية المولود بها الانسان وبين مطالب المجتمع وقيمه ومثله.

واستخدم كل من روجرز وجولد شتاين وماسلو نفس المكون كأساس في الشخصية.

أما ثورنداييك فقد بحث في الشخصية في ضوء مكونين أساسيين هما: الارادة Will ومضاد الارادة Counter will وهما في صراع دائم حيث تتجنب الشخصية العزلة فهي في حالة جدلية "ديالكتيكية" بين الاستقلال لتحقيق الارادة "المغايرة"، والتبعية لتحقيق الانتماء "المسايرة".

ويشير البورت الى المكون الأساسي للشخصية على انه مجموعة من السمات قسمها الى سمة كبرى قلبية Cardinal ومجموعة صغيرة من السمات الأساسية أو المركزية Central ومجموعة ثالثة من السمات الثانوية Secondary وان لهذه السمات وجود حقيقي.

وأفرز كاتل مجموعة من السمات العميقة Source traits ومجموعة أخرى من السمات السطحية Surface traits وقد حاول كاتل ان يجمع هذه المجموعة من السمات بالتحليل العاملي وتوصل الى مجموعة من العوامل (Factors) العامل: مفهوم احصائي يعبر عن مدى تشبع العامل بمجموعة من السمات المرتبطة به ارتباطا موجبا عاليا.

الإرشاد النفسي للراشد

وقدم موري تصورا لعدد من المفاهيم التي تكون الشخصية. فقدم قائمة تتراوح ما بين: 20 – 38 حاجة بعضها حاجات ظاهرة Overt needs وبعضها الآخر حاجات كامنة Latent needs وهي بمثابة الأساس المكون للشخصية.

كما قدم ليفين نظرية المجال وطرح من خلالها مفاهيم جديدة اعتبرت بمثابة مكونات للشخصية حيث ادخل مفاهيم عن الوسط والموقف من حول الفرد. وقدم ما يسمى بحيز الحياة Life – space الذي يعبر عن حاجات الفرد والامكانات الفعلية للموقف كما يدركها الفرد. وقدم ما يعرف بالتكافؤات Valences التي تحدد الجوانب المرغوبة أو غير المرغوبة بالنسبة لحيز الحياة. كما قدم مفهوم المتجهات Vectors لنشير الى اتجاهات الجذب والحواجز العائقة أمام الهدف. معتبرا سلوك الشخص دالة لحيز الحياة أي التفاعل بين الشخص والبيئة السيكلوجية. وقدم سارابين مفهوم الدور Role باعتباره مكونا أساسيا في الشخصية بحيث يحدد بعد هذا الدور سلوك الفرد نتاج التفاعل بين الذات والدور.

(3) نظريات الشخصية:

ركزت نظرية التحليل النفسي على مفهوم أساسي هو: الحتمية البيولوجية. وبذلك فإنها لا تعبر اهتماما للبعد الاجتماعي أو الثقافي وأثره في الشخصية. وقد تحدث فرويد عن ثلاث منظومات في بناء الشخصية ونموها والتي وردت الإشارة إليها في بناء الشخصية الإنسانية ونموها. بحيث تعمل المنظومات الثلاثة بطريقة متكاملة لتشكل معا شخصية الفرد وسلوكه بشقيه: (عباس، 1982)

- السلوك الواضح كما يتضح من خلال أداءات الفرد Performance والذي يسميه Overt behavior
- السلوك المضمّر Covert behavior الذي يمكن الكشف عنه بطرق غير مباشرة. والذي يعبر عن أغوار الشخصية.

ويعد المنهج الإكلينيكي منهجا علاجيا كليا بصيغة إنسانية يمكن دراسة الشخصية الإنسانية من خلاله. وقد حدد فرويد الأسس التي يقوم عليها هذا المنهج على النحو التالي:

- الشخصية بكل مكوناتها ونموها تعمل بطريقة دينامية. بمعنى أن السلوك الذي يصدر عنها هو نتاج تفاعل المنظومات المختلفة في صراعاتها.
- الشخصية من وجهة نظر المنهج الإكلينيكي تعمل ككل (كوحدة واحدة) ويعني به أن النظرة إلى شخصية الفرد لا بد وأن تشمل كافة أنواع السلوك والاداءات الناجمة عنه في كافة المواقف سواء كان ذلك في الأسرة أو في العمل أو مع الرفاق.. الخ.

- الشخصية من وجهة نظر المنهج الإكلينيكي تعمل وفق منظور زماني ومكاني في تفاعلها معا. فمواقف الصراع التي تواجه الفرد لا يمكن ان تفهم الا بفهم تاريخ حياة هذا الفرد. وبذلك فان الشخص أسير ماضيه.



وقدم فرويد تصورا ديناميا يوضح فيه هذا المفهوم. فالحفريات الجنسية التي تريد أن تنطلق من الهو وتعيش شعوريا لتتبع وفقا لمبدأ اللذة. الا ان الأنا تريد منعها مستندة الى مبدأ الواقع ومتأثرة بالأنا الأخلاقية. ويرى فرويد ان الميكانيزم الدفاعي هو بمثابة القوة الكابتة التي تضعها الأنا لتمنع هذه المكبوتات من الظهور شعوريا. فتلتف حول التعبير المباشر عن الحفريات الجنسية غير المرغوب فيها وتصبح في صورة مقبولة نوعا. وتقوم بالتوفيق بين الحفزة

الجنسية ومتطلبات المجتمع وثقافته. ولا يعد الميكانيزم دفاعيا الا اذا تكرر حدوثه مرات ومرات في مواجهة تجارب كثيرة منذ الطفولة. وتعمل هذه الميكانيزمات لاشعوريا. كما وأنها تعد بمثابة هروب من مواجهة الواقع عن طريق الانكار والتحريف أو الطمس أو الإخفاء... الخ.

ينتج التعويض الزائد Excessive Compensation: التعويض الزائد من محاولة موازنة الفشل أو التغلب عليه أحيانا نتائج ضارة أو غير مرغوب فيها اجتماعيا. فقد يتجه الطالب الفاشل في دراسته الوجهة السوية. وقد يقوم - نتيجة لإحساسه العميق بالنقص بمحاولات يائسة لتأكيد ذاته. وقد تتضمن هذه المحاولات نشاطا غير اجتماعي دون أن يحقق ما يريده الفرد من إشباع ودون أن تتطلب على ما يعانيه من إحباط. فهو قد يعتزل زملاءه في المدرسة. وقد يحاول أن يلفت إليه الأنظار في المجالس بالحديث بصوت مرتفع أو يكثر من الكلام ويستحوذ على الحديث أو المناقشة. أو يتباهى ويزهو بأعمال قام بها أو لم يقم بها. وقد يؤدي التعويض الزائد إلى السرقة للحصول على أشياء أو أموال كوسيلة يحقق بها الفرد ما يريده من مكانه.

ويظهر التبرير Rationalization: أحيانا في تعليل السلوك أو تفسيره بأسباب تبدو معقولة ومقبولة بينما تكون الأسباب الحقيقية أنفعالية. ويظهر ذلك حين يلجأ الشخص لمثل هذه الوسيلة الدفاعية أمام فشله في الحصول على أمر كان يتمنى الحصول عليه. وكان يسعى إليه. مثال ذلك: تبرير أحدا فاعلا غير لائق قام به عن طريق وصف نفسه بأنه لم يكن هو نفسه وبكامل قوته حين ارتكب ذلك الفعل. وتبرير أحدا سلوكه في إثارة الذهاب إلى النزهة

الإرشاد النفسي للراشد

والامتحان قريب. وتبرير عدم تمكنه من دخول كلية الطيران بتأكيد أخطار الطائرة وقيادتها. بينما كان الدخول الى تلك الكلية من أعظم آماله.

ويؤدي التبرير وظيفته الدفاعية من جهتين: فهو يساعد الشخص على عقلنة ما يقوم به في حدود ما يعتقد به وفي وجه ما يعتقد به الآخرون. كما يساعد على تخفيف حدة الإحباط بالنسبة للأهداف التي لا يستطيع الشخص الوصول إليها.

ويمثل التبرير في حد ذاته وسيلة دفاع أولية تساعد على التخفيف من شدة تأثير الإحباط. ولكن من الممكن فيه الوصول إلى درجات لا تكون إلى جانب استواء الشخصية. فقد يصبح الشخص قابلاً للتصديق بالكثير من الأدلة غير الصحيحة. وقد يقوده ذلك إلى اعتناق اعتقادات خاطئة وقبول الكثير من أشكال الهذيان رغم ما ينطوي عليه كل منه من تناقض.

ويظهر الإسقاط Frustration: أكثر الأحيان في إلقاء اللوم على الآخرين بالنسبة للأخطاء نرتكبها نحن أو تقصير يبدو عندنا. فالتمييز يلقي اللوم على المعلم أحياناً أو على تركيب السؤال في الدفاع عن نفسه أمام الفشل في الامتحان. والشاب كثيراً ما يلقي اللوم على الآخر في بدء المناقشات. وكثيراً ما تلقى اللوم على الحجارة في تعليل وقوعنا المصائب ولا نلوم أنفسنا في قلة انتباهنا. إن الشخص الذي تعود أن يعاقب على العدوان قد يكون عن نفسه فكرة عامة أنه مكروه أو منبوذ. وهذه الفكرة تثير قلقه. كما أن استثارة أي رغبة له في العدوان تثير قلقه كذلك. ولكن الحياة مليئة بالمواقف التي تدعو إلى المبادأة وتحمل المسؤولية واتخاذ خطوات تنفيذية قد يكون فيها مخالفة لأراء الغير. وهذه كلها تحمل معنى العدوان. ولذلك، فقد يجد مثل هذا الشخص نفسه محبطاً في كثير من هذه المواقف لأنه لا يستطيع أن يجد مخرجاً لرغباته المكبوتة. ولذلك، فإنه قد يتبع وسيلة الإسقاط لكي يخفف من حدة هذا القلق. وهذا الإحباط. ولكي يشبع دوافعه المكبوتة من ناحية أخرى فيسقط رغباته العدوانية مثلاً على الآخرين. وذلك بأن يتصور أن البعض يدير له مكائد أو يتصور أن الناس أعداءه. وأنه لا يوجد في هذا العالم من يريد الخير للأحد.

أما التقمص Identification: فهو أسلوب سلوكي يحاول فيه الفرد الوصول إلى إشباع لدوافعه عن طريق تصور نفسه في مكان أفراد آخرين. وهو بذلك يشاركهم " في مستوى التصور " تحصيلهم الذي حرم منه. فيتصور نفسه في موقف المحارب الشجاع أو في مكان أبطال القصص التاريخية والمسرحيات والأفلام السينمائية التي تدور معظم حوادثها حول انتصارات هؤلاء الأبطال في معارك يقتلون فيها أعداءهم أو يتغلبون عليهم. وقد يدمن الشخص على قراءة مثل هذه القصص أو مشاهدتها أو الحديث عنها. وعن طريق هذه العملية يستطيع أن يشبع

دوافعه من ناحية. ومن ناحية أخرى، فإن مثل هذه المواقف تثير عنده القلق كما تثيره مواقف العدوان المباشر.

وقد يحل الصراع أيضا عن طريق اتخاذ كبش للذداء. أي عن طريق اختيار مواقف أو أشخاص أو أشياء يمكن أن تجد فيها الدوافع المكبوتة إشباعا مع تلافي القلق المتعلق بهذه الدوافع. ويلاحظ هذا الأسلوب في حياتنا اليومية. فالرئيس الذي يغضبه أحد مرعوسيه قد ينقل عدوانه على مرؤوس آخر. والموظف الذي يغضبه رئيسه قد ينقل عدوانه على أحد السعاة أو على أهل منزله أو زوجته وأولاده. وكذلك كثيرا ما نلاحظ أن الشخص في حالات غضبه قد يركل الكرسي بقدمه أو يضرب الحائط بيده. وذلك إذا كان المثير الأصلي للغضب شخصا لا يمكن رد العدوان عليه.

وقد تصبح المواقف الاجتماعية من المواقف المثيرة للقلق عند الفرد. وعلى ذلك، فقد يلجأ إلى الابتعاد عن المجتمع بقدر الإمكان لكي يخفف من حدة القلق. فالمجتمع بالنسبة للشخص المنزوي أو المنعزل مليء بالعوامل المثيرة للاضطراب والتعاسة. ولذلك، فإنه يتجنب مصاحبة الناس. ويؤثر الوحدة والانفراد في جميع ألوان نشاطه. فهو يميل إلى الألعاب الفردية ووسائل التسلية الفردية. ويتجنب المواقف الجماعية. أي يتجنب كل احتكاك بالآخرين.

أما التخيل وأحلام اليقظة Fantasy؛ فهي عبارة عن استجابات بديلة للاستجابات الواقعية. فإذا لم يجد الشخص وسيلة لإشباع دوافعه في الواقع، فإنه يستطيع أن يشتق إشباعا جزئيا عن طريق التخيل وأحلام اليقظة. والشخص المنزوي أو المنسحب يفرق عادة في التخيل وأحلام اليقظة. حيث يجد في ذلك وسيلة للإشباع لا تحتاج إلى أن يشارك في أي نشاط اجتماعي يجد فيه مثيرا قويا للقلق.

ويظهر النكوص بشكل واضح عند الأطفال في مراحل النمو المبكرة. فالأطفال بدون استثناء تقريبا قد تعثر بهم حالات نكوص في سن الثانية أو الثالثة إذا ما ولد طفل جديد في الأسرة. ومن أمثلة النكوص عند الكبار: الحنين إلى الوطن " الذي يشعر به من يغادرون بلادهم للدراسة في الخارج، وذلك بسبب انعدام الأمن في البيئة الجديدة.

رفض يونج الأخذ بمبدأ الجنسية الشاملة عند فرويد كمبدأ لتفسير كل مظاهر السلوك وكذلك آراؤه في عدد من المفاهيم كالليبدو مثلاً. وأسس لنفسه مدرسة خاصة به وأصبح منهجه في التحليل والعلاج النفسي يعرف باسم علم النفس التحليلي Analytical psychology (غنيم، 1993) ويرى أن العالم وربما الكون بأسره أحياء وجمادات قد وجد بسبب التعارض القائم بين الأشياء. فهناك دائما تعرض والتعارض يستدعي الصراع والحياة بدون صراع لا تساوي شيئا. فالصراع هو المادة الخام الأساسية للحياة. والصراع هو الذي يدفع إلى الأمام

الإرشاد النفسي للراشد

والتقدم. ويقول يونج ان كل ما هو موجود له شيء آخر مقابل حتى لو كان هذا المقابل هو عدم وجود الشيء الأصلي. فهناك حياة - لا حياة، جوع - لا جوع، حب - لا حب، منزل - لا منزل. ويقترح يونج ازاء ذلك نهاية سعيدة لقصة التعارض هذه. فهناك حالة توازن تحدث بين هذه القوى المتعارضة. وقدم ثلاثة أساليب تتخذها النفس لحل صراعاتها هي:

- **التعويض:** وعندما تشعر الشخصية بأنها في حالة صراع نتيجة عجزها عن تحقيق هدف مرغوب. فانها قد تبحث لها عن أهداف أخرى. لها نفس الجاذبية ويترتب على تحقيقها ازالة هذا الصراع.
- **الاتحاد:** وقد تتحد قوتين معا للبحث عن حل مناسب لكليهما. فالاتحاد أو الوحدة تؤدي الى التقدم. فعندما يتدخل شخص في صراع أو نزاع بين فردين في أسرة واحدة. فقد يتحول النزاع بينهما الى نزاع مع الشخص الآخر الذي يتدخل لفض النزاع بينهما. أي انهما يتحدان معا ضد هذا الشخص المتدخل.
- **التعارض:** يتمثل التعارض جيدا في المنافسة كالمناظرة بين تلميذين من اجل الحصول على أعلى تقدير في الامتحان فقد يؤدي الصراع بينهما الى حفر كل منهما على العمل. وان يصل الى ما وراء مجرد تعلم المادة الدراسية.

واهتم ادلر بدراسة ذاتية الفرد واطلق مصطلح علم النفس الفردي Individual psychology وسرعان ما التف حوله مجموعة من العاملين في علم النفس فكونوا جماعة سميت بجماعة علم النفس الفردي. وعبر بوضوح عن مفهومه عن علم النفس الفردي بكتاب له تحت عنوان: الممارسة والنظرية لعلم النفس الفردي The practice and theory of individual psychology أبرز فيه ان سلوك الإنسان تحركه الحوافز الاجتماعية باعتبار ان الإنسان كائن اجتماعي مرتبط بالآخر ويمارس أنشطة اجتماعية ويكتسب أثناء نموه أسلوب حياة Style of life ويتسم بالتعاون والاجتماعية. بمعنى انه يتم تطبيع الفرد اجتماعيا من خلال تعرضه للعلاقات الاجتماعية.

أبرز أدلر الدور الاجتماعي الفطري في الفرد مشيرا الى سعي الفرد منذ طفولته المبكرة لاشباعاته من خلال سياق اجتماعي Social - context وتتطور ممارساته. وحين يحس بالنقص في مواجهة بعض المعوقات يتحضر للعدوان ضد مصادر الاعاقة. ساعيا الى القوة. Power. ومع المزيد من التوافق الاجتماعي يتطور السعي من القوة الى النضال من اجل التفوق.

وأولى اهتماما بالغا بالطابع الاجتماعي وعلى ما مشترك بين أفراد الجماعة الواحدة. مشيرا إلى أن الوظيفة الاجتماعية للتربية هي في تأهيل الفرد كي يقوم بوظيفته من

خلال الدور الذي سيلعبه في المجتمع مستقبلاً. وهذا يعني ان التربية مسؤولة كأداة اجتماعية في جعل الطفل منذ باكورة أيامه متوافقاً مع حاجات المجتمع ومطالبه. بحيث تكون تصرفات الطفل ومن ثم الراشد متناغمة مع النظام الاقتصادي الاجتماعي السائد. وبناء على ذلك فان الشخص من وجهة نظرفروم حتى يتوافق فانه لا بد ان يكون مسائرا Conformist.

أشار فروم الى وجود اربع حاجات ضرورية للفرد يسعى لإشباعها حتى يحس بالتوافق. وهذه الحاجات هي:

- الحاجة إلى الانتماء الاجتماعي: فالإنسان يختلف عن أفراد المملكة الحيوانية التي يقتصر تعاملها مع الطبيعة لإشباع حاجاتها العيانية Concrete needs أما الإنسان فقد تجاوز إشباعاته العيانية وأصبحت له مجموعة حاجات اجتماعية منها الإحساس بالانتماء Sense of belongings كالانتماء إلى الوطن أو إلى مكان العمل أو إلى العائلة.
- الحاجة إلى الشموخ (التعالي): ويسعى الإنسان دوماً للارتقاء والارتقاء ومن ثم يعمل لتزدهر مواهبه. ويسعى كذلك لأن يصبح مرموقاً من خلال تنمية خياله. ومن خلال التحضر. ومن خلال الفنون قاطبة.
- الحاجة إلى الهوية: يحتاج الفرد أثناء بناء طابعه الاجتماعي إلى ان يتوحد مع الآخر. أو يتوحد مع العمل. حتى يبتعد عن الوحدة والعزلة والاغتراب. وفي الحالات المرضية قد يتوحد مع المعتدي. أو مع نموذج مرضي.
- الحاجة إلى الانضباط الاجتماعي: تحدد المعايير التي يطرحها النظام القائم نوع القيم السائدة. والتي ينبغي مسايرتها، والالتزام بها. والتوافق معها. والعمل على تدعيمها. وإذا ما امتص أفراد المجتمع هذه المعايير والنسق القيمي السائد ساد الوئام كيان المجتمع وعاش في هناء.

وصنفت هورني الدافع أو الحاجة العصابية الى ثلاث حاجات عصابية هي:

- الحاجة العصابية الأولى تتمثل في التوجه المرضي نحو الناس سعياً وراء الحب والتقبل الاجتماعي ويتضح السلوك العصابي لدى الشخص في رغبته العارمة في إرضاء الآخرين وعمل ما يريدونه كي يرضيهم حتى لا يحس بالهجر.
- الحاجة العصابية الثانية تتمثل في التوجه المرضي بعيداً عن الناس سعياً وراء الاستقلال. ويتسم سلوك الشخص بالعزوف عن الناس وبعدم الارتباط بأحد نتيجة اخفاقه في محاولاته اليائسة في العثور على الدفء العاطفي والمودة والحب.
- الحاجة العصابية الثالثة تتمثل في توجه العصابي ضد الناس وضد المجتمع. فيسلوك باحثاً عن القوة أو السيطرة أو الامتلاك واستغلال الآخرين. وإسقاط رغباته على الآخر.

الإرشاد النفسي للراشد

وحاول سوليفان ان يزاوج ما بين علم النفس الطبي وعلم النفس الاجتماعي. ومن أهم دراساته: تصورات في الطب النفسي، والتوترات بين الأشخاص والتفاهم الدولي: وجهة نظر طبيب نفسي، ونظرية العلاقات بين الأشخاص فيما يتعلق بالطب النفسي، والمقابلة الشخصية الطبية النفسية. وقسم حياة الإنسان إلى ست مراحل متداخلة ومتميزة هي:

- **مرحلة المهد:** (العامان الأولان): في هذه المرحلة لا يحدث قلق أو مخاوف فهي مرحلة استقبال من جانب الأم. ويستجيب الطفل بطريقة سماها الإدراك الأولي أو الفطري.
- **مرحلة الطفولة المبكرة:** (من 3 – 6 سنوات): وهي المرحلة المهمة في حياة الشخص ففيها يتم الإدراك بطريقة تركيبية.
- **مرحلة الطفولة المتأخرة:** (من: 6 – 10 سنوات): وهي تقابل تقريبا مرحلة التعليم الابتدائي وهي امتداد للطفولة المبكرة. إلا ان التواصل فيها يزداد من خلال اللعب مع الأقران. وتعد بمثابة مرحلة تنفيسية لطفل خصوصا في اللعب المنظم داخل المدرسة.
- **مرحلة بداية المراهقة:** (من: 10 – 12 سنة): وفي هذه المرحلة تنمو علاقات قوية حميمة بين المراهق وشخص من نفس الجنس وهي بداية مرحلة الحب ويعتبر الآخر بالنسبة للشخص أكثر أهمية من الآباء ويسمى هذا الوضع بثقافة المراهقين Peer culture.
- **مرحلة المراهقة المتوسطة:** (من: 13 – 17 سنة) وفي هذه المرحلة يتعلق الفرد بالجنس الآخر. وينفص الجنس في ذات الوقت. فهو في حاجة الى الجنسية الغيرية والجنسية المثلية. وقد تتحد الحاجتان وينتج عن ذلك الميل الجنسي لنفس الجنس.
- **مرحلة المراهقة المتأخرة:** (من: 17 – 20 عاما): وفي هذه المرحلة عادة ما تندمج الحاجة الجنسية والحاجة للصدقة الدافئة لشخص من الجنس الآخر. وفي العادة تتركز على شخص واحد.

وقد طرح سوليفان عددا من المفاهيم من أبرزها:

- **الشخصية:** الشخصية من وجهة نظر سوليفان تكوين فرضي. فوحدة الدراسة عند سوليفان هي الموقف الشخصي المتبادل بين الأشخاص. وتنتظم الشخصية من الوقائع المتبادلة بين الأشخاص وليست الوقائع الشخصية الداخلية.
- **الديناميات:** تمثل الديناميات أجزاء من الطاقة ثابتة إلى حد ما تميز الكائن الحي الانساني. وتتمثل في سلوك الفرد الظاهر كالكلام مثلا. أو أي أداء قابل للملاحظة. وكذلك في السلوك المضمركالتفكير وأحلام اليقظة.
- **الذات:** تعد الذات بمثابة منظومة من أساليب سلوكية يكتسبها الفرد. بحيث تجعله آمنا لأن هذه الأساليب الناتجة عنها تتوافق مع رغبات الأبوين (في الصغر) فيلقى التعزيز

الموجب. في الوقت الذي قد يتلقى العقاب وما يصاحبه من قلق إذا لم تؤدي هذه الأساليب السلوكية ما يراد منها.

- **التوتر والقلق:** يرى سوليفان بأن وجود توتر داخلي محكوم بحاجات الكائن العضوية كالتوتر الناجم عن عدم إشباع الحاجات الفيزيولوجية بعامة. وإشباعها يخفف التوتر.

وركز هنري موري Henry Murrey عام 1893 في الشخصية على المبادئ التالية:

- تعتمد العمليات النفسية على العمليات الفيزيولوجية: فأصل الشخصية المخ. ووظائف المخ أو أنشطته هي التي توجه وتحكم ذلك أن وظيفة المخ إرشاد وتوجيه وتحكم الشخصية.
- الحاجة لأغراء التوتر: أن لدى الإنسان حاجة مستمرة ودائمة للاستثارة (اشتواء المثير) بمعنى أن الإنسان يسعى للتوتر وليس لإزالة التوتر إذا ما وجد. ولكن ما يحدث بالدقة هو خفض للتوتر Tension reduction إذ يؤدي خفض التوتر إلى الراحة والاستمتاع. بينما يؤدي إزالة التوتر Tension elimination إلى عدم الراحة والتعاسة.
- نحن لا نفهم الشخصية إلا من خلال منظور زمني تطوري وبنهج طولي: فالشخصية تنمو وتتطور مع الزمن بطريقة مستمرة ومتصلة. ولهذا فإن الماضي ذو أهمية كبيرة والحاضر مهم جدا في مستقبل الشخصية لأنه سوف يصبح ماضيا بعد فترة.
- الشخصية متفردة رغمًا عن وجود بعض التشابه بين الناس: ولكن لكل فرد شخصيته المتميزة.

وطرح ليفان عددا من المفاهيم في نظريته عن الشخصية من أبرزها:

- **حيز الحياة Life space:** يقصد بهذا المفهوم كل الحقائق (الوقائع) التي تحدد سلوك الشخص في وقت محدد. ويتضمن فقط الوقائع التي تمت للسلوك المعني في موقف ما. أما الأحداث الماضية المتوقعة مستقبلا في لا تمت للموقف الحالي بصلة. ومن ثم لا تؤثر في السلوك الحالي. وقد أشار ليفان أن بعض الحقائق الحالية في الموقف الحاضر لا تمت بشكل مباشر للسلوك. ومن ثم ينبغي استبعادها. مشيرا إلى أن فهم حيز الحياة للفرد يمكن من فهم سلوكه العياني في بيئة سيكولوجية معينة. وفي وقت محدد.
- **الحاجة Need:** تعد الحاجة بمثابة حالات دافعية يمكن حدوثها نتيجة حالات فيزيولوجية. ولا تصبح حاجات إلا إذا احتلت منطقة متميزة في الشخص من الداخل. فالرغبة في شيء من البيئة أو النية (القصد) لتحقيق هدف معين يمكن أن يصبح حالة دافعة وتصبح حاجة ملحة تتطلب الإشباع.
- **التوتر Tension:** يعبر التوتر عن الحالة الانفعالية التي تصاحب الحاجات دوما. ويمكن أن ينشأ التوتر من أشياء بيئية مغرية يكون لها دلالة كافية للشخص.

الإرشاد النفسي للراشد

- **التكافؤ Valence**: يشير هذا المفهوم الى ان لكل الاشياء والاشخاص تكافؤات موجبة أو سالبة فما يشبع حاجات الفرد وما يكون جذابا بالنسبة له فانه يحصل على حالة تكافؤ موجبة. والذي لا يشبع حاجات الفرد كالتهديد مثلا فانه يكتسب تكافؤا سلبيا.
 - **المتجه Vector**: يشير هذا المفهوم الى اتجاه قوة وشدة عملية الجذب للأشياء. فاذا كان هناك متجها واحدا فسوف يسير الفرد في اتجاه هذا المتجه. واذا واجه الفرد متجهين متضادين ومتوازيين فالنتيجة الحادثة هي صراع: صراع الاقدام الاحجام Approach Avoidance conflict وصراع الاحجام الاحجام Avoidance avoidance conflict وصراع الاقدام الاقدام Approach approach conflict.
 - **الحواجز Barriers**: قد تكون الحواجز أشياء أو أشخاص أو عرف اجتماعي، وأخلاقي، أو أي شيء يعوق الشخص المدفوع في اتجاهه نحو هدفه. وتعد الحواجز بمثابة تكافؤات سلبية، وينشأ عنه عادة سلوك استكشافي Exploratory behavior أو ربما تقود الفرد الى شن هجوم عليها.
 - **الاتزان Equilibrium**: وتحقيق الهدف أو الوصول اليه يؤدي بالشخص الى حالة من الاتزان. فالهدف الأسمى لكل انواع السلوك المدفوع هو العودة الى حالة الاتزان. حيث يحصل الفرد على ازالة التوتر أو خفضه حيث تشبع حاجاته فيعود لاستعادة توازنه.
- ركز ليفين على الحقائق والوقائع سواء كانت محسوسة أو مستنتجة أو مجردة. وهذه الحقائق هي في حركة وعمل متواصلين. لتكون ما يسمى بالأحداث Events وهذه الأحداث تلعب دورا في شخصية الفرد وتخضع لثلاثة مبادئ هي:
- **مبدأ الارتباط Relatedness**: الحدث بالنسبة لليفين يتم نتيجة التفاعل بين واقعين أو أكثر والواقعة الواحدة لا تسبب حدثا. ولما كان الشخص يعيش في بيئة مادية واجتماعية فانه يتم التفاعل بينه وبين الآخرين في البيئة. وبينه وبين البيئة الفيزيكية نفسها.
 - **مبدأ العيانية Concreteness**: إن الوقائع الفعلية (الحقائق) هي التي لها اثر في تكوين الاحداث. بينما توجد وقائع ممكنة أو محتملة أو فرضية، ولكن تظل عاجزة عن الفعل. فهي موجودة بالقوة Force وليست موجودة بالفعل Action
 - **مبدأ التزامن Contemporarily (المعاصرة)**: الوقائع في زمان ما، في مكان ما، وتسبب سلوكا ما هي إلا الوقائع الراهنة التي يمكن ان تحدث هذا السلوك الراهن الآن.
- اهتم اولبورت بدراسة الشخصية بالمنهج الأيدوجرافي (Idiography المنهج الفردي) الذي يتسم بالعمق والشمول لحالة واحدة فريدة ومتميزة. وعارض اولبورت الاستعارة من العلوم

الطبيعية ورفض التجريب وإجراء الممارسات العملية (المختبرية) ودعا الى فصل العلوم الإنسانية عن العلوم الطبيعية. ويمكن فهم الشخصية فقط عن طريق دراسة الحالة وليس بإيجاد القوانين التي يمكن تفسيرها. (هول، وليندزي، 1978)

وضع كيرت جولدشتاين Kurt goldstein عددا من القواعد النظرية المستقاة من مبادئ الجشطالت المرتكزة على الكليات Wholes وعلى التنظيم Systematization والتبديل الوضعي Transposition. وقد جمع هذه القواعد النظرية في مسلمات ثلاث هي:

- لا بد من النظر بعين الاعتبار لكل ما هو مطروح من جانب الكائن العضوي كما يتمثل في زملة الأعراض Syndromes فلا يوجد عرض أهم من آخر. والمهم ان يكون الوصف صحيحا.
- من المهم ان يكون الوصف سليما لهذه الأعراض ودقيقا من جانب الفاحص. ومن الخطأ التركيز على مجرد الأثر الناتج عن الإصابة. لأن الأثر الناتج عنها قد يكون مضللا في علاقته بالوظيفة التي حدث فيها الخلل.
- لا توجد ظاهرة بطريقة مجردة وهذا يشير الى ان الظواهر لا تلاحظ أو تفهم أو تفسر الا بالرجوع الى الكائن العضوي المعني. وكذلك بالرجوع الى الموقف الذي ظهرت فيه.

تأثر جاردنر مورفي Gardner murphy بالمدرسة الجشطالتية وبمفهوم الاستبصار Insight ومبادئ التحليل النفسي وديناميات الشخصية، واللاشعور والترابط Association المأخوذ عن المدرسة السلوكية، وكذلك انتقال أثر التعلم. مشيرا الى وجود أربع عمليات ثورية تطورية واضحة تماما هي:

- يوجد عدد لا نهائي من تحويلات تحدث في الكائنات فتخلق كائنات جديدة وتندثر كائنات قديمة. ويمكن لعالم البيولوجيا ملاحظة ذلك.
- تخضع معدلات التوالد لعملية انتقائية. بمعنى تقوية خصائص جسمية واختفاء خصائص ضعيفة. بمعنى ان الاتجاه نحو الأفضل. وينعكس ذلك في النضال من اجل رفع مستوى المعيشة. والسيطرة الاجتماعية.
- المؤثرات الثقافية تلعب دورا اكبر. فقد اعادت تحديد دلالات الصفات البيولوجية واصبح متوفرا نوع جديد من البشر بدأ يتزايد في الطبقات الاجتماعية المختلفة.
- أصبحت خلايا الجسم Body cells والخلايا الجنسية Germ cells متميزة تماما. واصبح من الممكن تغذيتها ورعايتها. واصبح لها القدرة على نقل الخصائص الموروثة من جيل لآخر بغض النظر عن اللغة المتخاطب بها والمهن الممارسة. والتحييزات التي من الممكن ان تتواجد في الأفراد الذين يحملونها.

الإرشاد النفسي للراشد

يرى بيرلز Perls وهو أحد مؤسسي العلاج الجشطاطي ضمن مجموعة من علماء نفس الجشطاطات أمثال رالف هيفرلاين Ralph hefferline ويول جودمان Paul goodman ان أي كائن حي له أعضاء وتنظيم معين وانضباط داخلي. والكائن بطبعه ليس مستقلا عن بيئته. فكل كائن يحتاج لبيئة معينة كي يتناول المواد الاساسية. فنحن جميعا نحتاج الى البيئة الفيزيائية من اجل تبادل الهواء والطعام.. الخ. كما نحتاج للبيئة الاجتماعية من اجل تبادل الصداقة والحب والغضب. ونحن (ككائن انساني) نعمل في تناسق متناهي في التعقيد بين كل اجزاء الجسم التي تتفاعل مع بعضها البعض لتكون الكائن.

ويرى بيرلز ان الشخص يمثل ببساطة جهازا في حالة توازن، وعليه ان يقوم بوظائفه على نحو سليم. وتعاذل خبرة عدم التوازن على انها حاجة لتصحيح عدم التوازن هذا والموقف الكثير اهمية هو الذي يتحكم في توجيه السلوك. ونحن بهذا. نصل الى اهم واطرف ظاهرة في علم الامراض النفسية كله وهي الانضباط الذاتي. في مقابل الانضباط الخارجي. ويشير بيرلز في هذا الصدد ان الوعي في حد ذاته يمكن ان يكون شافيا. ذلك لأننا بالوعي الكامل تصبح واعيا بهذا الانضباط الذاتي. ونقيض هذا هو مجال الأمراض النفسية.

تحدث عدد من علماء النفس عن فكرة تحديد الخصائص أو الاستعدادات التي تبدو مستقرة ومستمرة عند الفرد فنحن حين نصف الناس في الحياة اليومية. فاننا إما أن نمطهم أو نسرد سماتهم. وفي كلتا الحالتين نحاول أن نحدد الخصائص أو الاستعدادات التي تبدو مستقرة ومستمرة لديهم.

ويقصد علماء النفس بالسمات الخصائص الفريدة فربما وصف شخصية الفرد بسرد سمات مثل منافق، أو مفكر، أو قذر، أو سلبي، أو خاضع. وتمثل السمة بعدا متصلا يمكن إدراكه على أنه ربط بين صفتين متناقضتين. ويحتل الناس عادة أماكن خاصة في السمة تقع بين النهايتين. فإذا طلب منك أن تحكم على السمة الاجتماعية عند أحد الأصدقاء مثلا. فمن المحتمل أن تضع هذا الشخص أقرب إلى قطب "اجتماعي في أغلب الأحوال" منه إلى قطب "منعزل في أغلب الأحوال" وقد تشير السمات إلى جوانب متنوعة من الشخصية تتضمن المزاج والدافعية والتوافق والقدرات والقيم.

وتختلف طريقة تحديد النمط عن طريق السمات في عدة نواح جوهرية هي:

- تميل السمات إلى الإشارة إلى جوانب محددة ضيقة من الشخصية بينما الأنماط تتناول الشخصية ككل.
- تفترض الأنماط أن صفات خاصة تتجمع معا في العادة "فالنمط المفكر" مثلا: يكون عاليا

في الذكاء والنفاق ومنخفض في الاجتماعية والبراعة البدنية. وقد اعتقد الطبيب الاغريقي أبو قراط ان الناس ينتمون الى أحد أنماط مزاجية أربعة هي: المكتئب والمتفائل والخامل والتهيج. وصنف كارل يونج صاحب النظرية الفرويدية الجديدة الناس إلى: انطوائيين "خجولين ومشغولين بمشاعرهم الخاصة" أو منبسطين "اجتماعيين متحررين" وذلك في بداية حياته المهنية.

وقد حاولت نظريات الاستعدادات الشكلية للشخصية أن تصف وتصنف الناس وفقا للسمات أو الأنماط (تجمعات السمة) وجزعوا الشخصية ككل إلى مكونات خاصة. ومن المفترض أن كل خاصية تستمر نسبيا خلال فترة الحياة. وفي مواقف مختلفة. ومن هذه النظريات ما يلي:

فقد تمكن ريموند بيرنارد كاتل (Raymond Bernard Cattell Hall & Lindzey, 2007) من تحديد ست عشرة مجموعة من السمات الشخصية وضعت لها عناوين بالحروف أولا ثم أعطيت لها أسماء سمات فيما بعد. وقد أيدت معلومات الاختبارات الموضوعية. وكذلك تقديرات سلوك الحياة الواقعية أن هذه السمات تمثل أعدادا أساسية للشخصية وتعرف هذه الخصائص الست عشرة المعروضة بالسمات المصدرية Source Traits. ويبدو أنها تتأثر بالموهبة الطبيعية ومستقرة نسبيا طوال الحياة. كما اعتبرت مصدرا لكثير من الصفات السطحية أو السمات الظاهرة Surface Traits فالسمة المصدرية التي تتحدد عند إحدى النهايات بالسيطرة وعند الطرف الآخر "بالخضوع" تعد مسئولة على سبيل المثال عن السمتين الظاهرتين: "الثقة بالنفس" و"التباهي". وبجانب تحديده لبعض المكونات الأساسية للشخصية. طور كاتل ومساعدوه العديد من استفتاءات التقرير الذاتي التي تستخدم لتمييز شخصيات الأفراد والجماعات.

وتركزت بحوث ايزنك الى حد كبير في مجال الدراسات الاكلينيكية للشخصية. كما قام باجراء بحوث تتعلق بالاتجاهات والفكاهة والجماليات وعدد من المجالات الأخرى. يعرف ايزنك الشخصية على أنها: "المجموع الكلي لأنماط السلوك الفعلية أو الكامنة لدى الكائن، ونظرا لأنها تتحدد بالوراثة والبيئة، فإنها تنبعث وتتطور من السلوكية: القطاع المعرفي (الذكاء)، القطاع النزوعي (الخلق)، القطاع الوجداني (المزاج)، والقطاع البدني (التكوين)".

يرى ايزنك أن اغلب نظريات الشخصية متعلقة بمتغيرات متشابهة وغير محددة. وقد استخدم التحليل العاملي في دراساته عن الشخصية مما اتاح له وضع نظام للشخصية يتميز بعدد صغير جدا من الأبعاد الرئيسية التي تم تحديدها بدقة فائقة. (هول وليندزي، 1978)

الإرشاد النفسي للراشد

تصور ايزنك الشخصية بوصفها تتكون من الافعال والاستعدادات التي تنتظم في شكل هرمي تبعا لعموميتها واهميتها. وتحتل الطرز اعلى مستويات العمومية والشمولية. كما تحتل الاستجابات النوعية أكثر المستويات نوعية واقلها عمومية. وفيما بين المستويين تقع الاستجابات المعتادة والسمات.

يشارك أصحاب النظريات السلوكية أصحاب نظريات الاستعداد في التأكيد الشديد على استخدام المناهج العلمية الصارمة. وهم يميلون بصفة خاصة إلى تأكيد التجريب وبسبب إصرار علماء النفس السلوكيين على القياس المضبوط يركزون عادة على الحقائق الملحوظة. والاستجابات الفيزيولوجية والظواهر الأخرى التي يمكن تقديرها موضوعيا. فأحيانا يدرسون الحيوانات في المعمل بهدف الاستبصار بالعمليات الجوهرية في الشخصية. وفي سبيل تفسير السلوك يؤكد السلوكيون على مبادئ التعلم والظروف البيئية

فيرى سكر (Hall & Lindzey, 2007) أن الشخصية عبارة عن خيال أو وهم في جوهرها. فالناس يرون ما يفعله الآخرون ويستنتجون الخصائص المعمرة (الدوافع، السمات، القدرات) الموجودة أصلا في ذهن صاحبها ويعتقد أن السلوكيين يجب أن يركزوا على فهم ما يفعله الكائن ويعتقد سكر أن السلوك يمكن تفسيره بالعوامل الوراثية والعوامل البيئية. مؤكدا على دور الخبرة. خاصة ما يتعلق منها بمبادئ الاشتراط البسيط مثل التعزيز والانطفاء والاشتراط الضدي والتمييز. فسلوك الفرد كما يراه محكوم في أي وقت بالكثير من الظروف المستقلة في جوهرها.

ويؤثر نموذج الذات في الأحداث كما تؤثر بدورها في نموذج الذات. ويعتبر الجهاد في سبيل الذات هو الدافع الإنساني الرئيسي. أما الدوافع الفيزيولوجية فهي قليلة الأهمية. ويعتمد أصحاب النظريات الظاهرية على الملاحظات الإكلينيكية خاصة تقارير الذات. كما يميلون إلى تبني هذا المدخل للشخصية. وقد اشتهرت نظرية الذات عند كارل روجرز في محاولة منه لمساعدة الناس المشكلين في التغلب على مشكلات الحياة. مطورا أفكاره ببدء من الخبرات الإكلينيكية. وعرف الذات على أنه نموذج منظم ومتسق من الخصائص المدركة لانا أو لضمير المتكلم مع القيم المتعلقة بهذه الرموز.

وقد قدم روجرز عددا من المبادئ الأساسية في الشخصية اشتملت على الآتي (غنيم، 1993):

- يوجد كل فرد في عالم من الخبرة دائم التغير هو مركزه فكل منا يحيا في عالم من الخبرة خاص به. عالم متغير باستمرار. فأنت لا تنزل النهر الواحد مرتين فان مياهها جديدة تجري دائما من حولك.

- يستجيب الكائن الحي للمجال كما يخبره ويدركه. والمجال الإدراكي هو واقع بالنسبة للفرد. والواقع قد يكون تجريدا بالنسبة للفيلسوف أو عالم الميتافيزيقا. ولكنه بالنسبة للفرد. فإن الواقع يخبره ويتقبله الفرد بجهازه الإدراكي الخاص. وإذا كان لدى الفرد جهازا إدراكيا متسقا بالنسبة له. فإنه سوف يكون لديه درجة معينة من القدرة على التنبؤ يمكنه الاعتماد عليها.
- يستجيب الكائن الحي الى المجال الظاهري ككل منظم.
- للكائن الحي نزعة واحدة أساسية هي تحقيق وإبقاء وتقوية الكائن الحي الذي يحيا الخبرة.
- السلوك في أساسه محاولة موجهة نحو هدف هو إشباع الحاجات التي يخبرها الكائن الحي في مجاله كما يدركه.
- يصاحب الانفعال السلوك الموجه نحو هدف. ويسهل له مهمته بوجه عام. فيرتبط نوع الانفعال بتلك النواحي من السلوك التي تجد في الطلب وذلك، مقابل النواحي الاستهلاكية للسلوك. كما ترتبط شدته بمدى الأهمية المدركة للسلوك في الحفاظ على الكائن الحي وتدعيمه.
- ان احسن موقع ممكن لفهم السلوك هو من خلال الاطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه. فالسلوك الذي قد يبدو غريبا او لا معنى له في نظر الملاحظ الخارجي. قد يكون سلوكا غرضيا وهادفا الى حد بعيد بالنسبة للفرد نفسه. وقد تكون هناك مأخذ كثيرة ومشكلات عميقة في الوصول الى المشاعر الداخلية الاستبطانية لفرد معين. ولكن في حياة كل واحد منا نظائري في حياة الآخرين.
- يتميز جزء من المجال الإدراكي الكلي بالتدرج ليكون الذات. فالذات الظاهرية تتميز من المجال الإدراكي الكلي. والذات هي وعي الفرد بوجوده ونشاطه.
- نتيجة للتفاعل مع البيئة ومع الأحكام التقويمية للآخرين بشكل خاص يتكون بناء الذات من نمط تصوري منظم مرن ولكن متسق من ادراكات خصائص وعلاقات ال "أنا" أو "ضمير المتكلم" مع القيم التي ترتبط بهذه المفاهيم.
- القيم المرتبطة بالخبرات والقيم التي تشكل جزءا من بناء الذات هي في بعض الحالات قيم يخبرها الكائن الحي بصورة مباشرة. وفي بعض الحالات قيم يستدمجها أو يأخذها عن الآخرين. ولكن تدرك بطريقة مشوهة كما لو كانت قد خبرت بطريقة مباشرة.
- تتحول خبرات الفرد التي تحدث له في حياته الى صورة رمزية تدرك وتنظم في علاقة ما مع الذات. ويتجاهلها الفرد حيث لا تدرك لها علاقة ببناء الذات، ويحال بينها وبين الوصول الى صورة رمزية أو تعطى لها صورة رمزية مشوهة لأنها تتسق مع بناء الذات.
- معظم طرق السلوك التي يتبناها الكائن الحي هي تلك التي تتسق مع مفهومه عن نفسه. فالذات تأمل في ابقاء السلوك الذي يتسق وصورة الذات. ولذا، فإن أحسن طريقة لاحتاد تعديل في السلوك يكون باحداث تغيير في مفهوم الذات.

الإرشاد النفسي للراشد

- قد يصدر السلوك في بعض الحالات عن خبرات وحاجات عضوية لم تصل الى مستوى التعبير الرمزي.
- ينشأ سوء التوافق النفسي حين يمنع الكائن الحي عددا من خبراته الحسية والحشوية ذات الدلالة من بلوغ مرتبة الوعي. ويؤدي هذا بدوره الى الحيلولة دون تحول هذه الخبرات الى صور رمزية والى عدم انتظامها في جشطالت بناء الذات.
- يتوفر التوافق النفسي عندما يصبح مفهوم الذات في وضع يسمح لكل الخبرات الحسية والحشوية للكائن الحي بأن تصبح متمثلة في مستوى رمزي وعلى علاقة ثابتة ومتسقة مع مفهوم الذات.
- تدرك أي خبرة لا تتسق مع تنظيم أو بناء الذات كتهديد. وكلما زاد هذا النوع من المدركات ازداد الجمود في تنظيم بناء الذات حتى يتسنى له المحافظة على بقاءه.
- في ظل ظروف خاصة تتضمن أساسا انتفاء أي تهديد للذات يصبح ادراك الخبرات التي لا تتسق مع مفهوم الذات أمرا ممكنا. كما يصبح من الممكن مراجعة بناء الذات بشكل يسمح بتمثل هذه الخبرات. وجعلها متضمنة في بناء الذات.
- عندما يدرك الشخص ويتقبل في جهاز متسق ومتكامل كل خبراته الحسية والحشوية. فإنه يصبح بالضرورة أكثر تفهما للآخرين وأكثر تقبلا لهم كأشخاص منفصلين.
- عندما يدرك الشخص ويتقبل في بناء ذاته لمزيد من خبراته العضوية. يكتشف أنه يستبدل جهاز القيم الحالي لديه - وهو قائم في المقام الأول على ما استدمجه عن الآخرين وأعطى له صورة رمزية مشوهة - بعملية تقييم متصلة ومستمرة. وعندما يحرز الفرد تقدما ونجاحا وثقة في عملية التقييم. فإنه يجد ان الأجهزة القديمة لم تعد تثير التهديد ولا لزوم لها.
- هذه القضية تتصل برغبة الفرد وحاجته الى الاعتبار الاجتماعي. وفي بعض الأحيان تصبح هذه الرغبة أكثر إلحاحا من عملية التقييم العضوية بحيث يسعى الفرد الى الحصول على تقدير الآخرين. أكثر مما يسعى الى الخبرات التي يقدرها الكائن الحي العضوي.
- وجد روجرز حاجة ملحة الى اعتبار الذات تسير جنبا الى جنب وبشكل متميز مع الحاجة الى الاعتبار الاجتماعي.
- ونتيجة لقوى وحاجات ومطالب الاعتبار الاجتماعي واعتبار الذات ينمي الفرد اتجاهها نحو تقدير الذات.

(4) علاقة الشخصية بالارشاد النفسي:

تؤدي عوامل الشخصية دورا هاما في تقدير مدى صلاحية الفرد للعمل. خاصة وان الافراد الذين يعانون من اضطراب ما، ربما يجدون صعوبة في التوافق في اعمالهم (المشعان، 1993). وقد اشارت الدراسات التي اجراها سوبر في هذا المجال الى ان رجال البيع يتميزون بالسيطرة وبلاستعداد الاجتماعي اكثر من الافراد الذين يعملون في المكاتب. ويميل مندوبو شركات التأمين مثلا الى الشعور بالثقة الزائدة بالذات والقدرة على الاقناع. بينما يتميز الفنانون بقدرة تحليلية عالية، وهؤلاء يسعون للحصول على الاشباع الانفعالي وانهم اشد قلقا من غيرهم. وبينما يتميز علماء الفيزياء والبيولوجيا بالنظر الى الاشياء نظرة كلية بموضوعية فان علماء النفس يهتمون بشكل رئيسي بالعلاقات الشخصية والميل الى تقديم المساعدة للآخرين ويهتمون بالانسان الفرد اكثر من اي شيء آخر.

وتحدثت الدراسات المتعلقة بالاشباع المهني المتمثل في نوع من التوافق يستهدف تقبل الذات من حيث القدرات والتحصيل والخبرات والفرص. عن مقارنة الجماعات ببعضها ببعض مشيرة الى ان الفروق بين الافراد والفروق داخل الفرد ذاته لها اهمية وذات دلالة كبيرة. وانه يمكن الاستدلال على التوافق المهني من عاملين رئيسيين هما:

- **الاشباع:** ويشتمل على الاقتناع بالعمل وتقبله بوضع عام وتقبل ظروف العمل.
- **الكفاية:** ويعبر عنها بمدى كفاءة الفرد وأهليته للعمل وكفايته الانتاجية.

وقد تختلف انماط التوافق المهني باختلاف المهن. وتعتبر الصلاحية المهنية بمدى مطابقة الفرد لمقتضيات العمل كاحد ابعاد التوافق. كما تلعب الميول المهنية والتفضيل المهني دورا هاما في الاشباع المهني. وان كل مهنة ايا كان نوعها تستلزم توافر صفات معينة في شخصية الفرد سواء تعلقت الصفات بالجوانب العقلية والانفعالية والمعرفية والشخصية حتى يستطيع تأديتها بنجاح.

(5) اضطرابات الشخصية:

تشير اضطرابات الشخصية الى انحراف في تكوين الشخصية يحد من إمكانيات الشخص على التوافق ويفقد القدرة على تكوين علاقات متوافقة مع الآخرين، كما يكون في حالة استثارة وغضب دائمين. ويكون غير معني بحدود وضوابط المجتمع من حوله. وغير قادر على الاكتفاء الاقتصادي. وهناك أنواع مختلفة من اضطرابات الشخصية نعرض منها الحالات التالية: (Holmes,2003)

1. الشخصية البارانويد:

ويتميز الشخص الذي يعاني من اضطراب البارانويد بما يلي:

- التشكك فيمن حوله اعتقاداً منه أنهم يكونون له الحقد والكراهية.
- البرود والابتعاد عن الآخرين والنكد والانعزالية.
- الاستثارة التي قد تظهر فجأة في نوبات من الغضب والتشكك.
- المشكلات الأسرية المتتابة.
- عدم القدرة على إقامة علاقات طبيعية مستديمة مع الآخرين.

2. الشخصية الدورية:

تنتاب الشخصية الدورية فترات من الابتهاج يتبعها فترات من الاكتئاب البسيط. فيشعر الشخص المبتهاج بالحيوية والثقة بالنفس والمرح. وفي حالة الاكتئاب ينقلب كل ذلك الى تعب وحزن وعدم ثقل بالنفس ويقل مستوى نشاطه وينعزل اجتماعياً.

3. الشخصية الفصامية:

تتسم الشخصية الفصامية بالانعزالية والخجل والخوف من العلاقات الوثيقة مع الآخرين. وعدم القدرة على الاندماج في أنشطة مع الآخرين والتعبير عن الشعور بالسيطرة والكراهية. والشعور بعدم الكفاءة والنقص. وزيادة في فترات أحلام اليقظة لديه.

4. الشخصية الاندفاعية:

يتميز الشخص الاندفاعي بنوبات من الغضب الشديد. يوجه في عدوانه اليدوي أو اللفظي الى الآخرين. ثم ينتابه الأسف بعد ذلك ويطلب الصفح عما يصدر منه. وهو غير قادر على السيطرة على أفعاله أثناء نوبات الغضب هذه والتي قد تحدث على فترات متقطعة. كما يتميز هذا الشخص بعلاقات اجتماعية جيدة مع الآخرين ويكون محبوباً لديهم

5. الشخصية الوسواسية القهرية:

يتميز الشخص الوسواسي بالنظام الزائد وعدم التبذير وتباعد العلاقات مع الآخرين. وعدم القدرة على تحمل النظام والقذارة والعمل غير المكتمل. يستطيع المثابرة في العمل. ولكن تنقصه المرونة وينتابه قلق شديد، وشعور بالذنب. غير قادر على التكيف في العطلات وأوقات الفراغ الطويلة. شديد التمسك بالأخلاق ويتبع حرفية القانون.

الوحدة السادسة

6. الشخصية الهستيرية:

تتميز الشخصية الهستيرية بما يلي:

- عدم النضج.
- الكبرياء.
- التمرکز حول الذات.
- السلوك التمثيلي.
- البحث عن وسائل لجذب الانتباه.
- التظاهر بالخجل أمام الجنس الآخر.
- قد يظهر سلوكه الجنسي بطريقة فاضحة.
- التقلب الانفعالي.
- غير قادر على تحمل المسؤولية وإنما يبحث عن بديل لذلك.

7. الشخصية اللا اجتماعية:

تتميز الشخصية اللا اجتماعية بما يلي:

- الصراع المزمع مع الآخرين ومع المعايير الأخلاقية للمجتمع.
- ينقصه الحس بحقوق واحساسات الآخرين.
- عدم القدرة في بناء علاقة تتميز بالإخلاص والمحبة.
- التمرکز الشديد حول الذات.
- عدم الشعور بالذنب أو القلق أو الخجل بشكل واضح عن أفعاله الخاطئة.
- عدم تحمل المسؤولية.
- غير قادر على تحمل مواقف الإحباط لديه.
- تكون أهدافه قصيرة غير قادر على المثابرة في عمله.
- يتجنب المحاسبة عن أفعاله ويتهرب من هذا الموقف بالكذب أحياناً كثيرة.

8. الشخصية الواهنة:

تتميز الشخصية الواهنة بما يلي:

- الاستجابة غير المناسبة للمثيرات العقلية والانفعالية والاجتماعية والجسمية.
- عدم القدرة على التكيف لمواقف معينة كالزواج أو الحياة المنزلية أو العمل.
- الاتسام بعدم الثقة في النفس.
- التردد.
- الاعتماد على الآخرين.
- عدم الحيوية وسرعة التعب وعدم تحمل أي ضغط.

مراجع الوحدة السادسة

المراجع العربية:

- أبو عيطة، سهام محمد (2002). **مبادئ الإرشاد النفسي**. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- اسماعيل، محمد عماد الدين (2001): **الطفل من الحمل الى الرشد** (الجزء الثاني: الصبي والمراهق)، الكويت: دار القلم.
- حسين، طه عبد العظيم، وحسين، سلامة عبد العظيم (2006). **استراتيجيات ادارة الضغوط التربوية والنفسية**. عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- الخالدي، عطا فؤاد (2008) **ارشاد المجموعات الخاصة**، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع. الاردن.
- الريماوي، محمد عوده. (2007). **علم نفس النمو**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة
- الشيخ، سليمان الخضري (1983). **دراسة في التفكير الخلقى للمراهقين والراشدين**. الكتاب السنوي في علم النفس، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد الرابع، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- صادق، آمال وابو حطب، فؤاد (2005): **نمو الانسان: من مرحلة الجنين الى مرحلة المسنين**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الخالق، أحمد (1998). **قلق الموت قبل العدوان العراقي وبعده لدى طلاب جامعة الكويت**. المجلة العربية للعلوم الانسانية. 16 (64)، 8 – 52
- غنيم، سيد محمد (1993). **الشخصية: محدداتها وقياسها ونظرياتها**، دار النهضة العربية، القاهرة.
- المشعان، عويد سلطان (1993) **التوجيه المهني**. العين: مكتبة الفلاح.
- هول، كالفين وليندزي، جاردنر (1978). **نظريات الشخصية**. ترجمة فرج أحمد فرج وقصري حفني ولطفي فطيم. القاهرة: دار الشايح للنشر.

- Arnold, J., Cooper, C. L., & Robertson, I. T.; (1998). Work psychology: Understanding human behavior in the Workplace. London: Financial times: Pitman publishing.
- Aronfreed, J.; (2006). Conduct and conscience: The socialization of internalized control over behavior. New York: Academic press.
- Baron, A. B. , & Kalsher, J. M.; (2007) Essentials of Psychology. Boston: Allyn and Bacon.
- Brannon, L., & Feist, J.; (2009). Health psychology: An introduction to behavior and health. Australia: Brooks/ Cole.
- Brown, D.; (2007). Career information, Career counseling, and Career development. Boston: Allyn and Bacon.
- Burke & Weir, 1976
- Carson, C. C., et al.; (2007) Abnormal psychology and modern life. Boston: Allyn and Bacon.
- Gannon, M. J.; (1999). Organizational behavior: A managerial and organizational perspective. Boston: Little, Brown and company.
- Gewirtz, J. L.; (1999). Mechanisms of social learning some roles of stimulation and behavior in early human development (In) D, Goslin (Ed) , Handbook of Socialization theory and research. Chicago: Rand McNally.
- Gorman, A. ; (1993). Developmental psychology. New York: D. Van Nostard Co.
- Hall, C. & Lindzey, G.; (2007). Theories of Personality. New York: John Wiley & Sons.
- Holms, D.; (2003). Abnormal psychology. New York: Harper Collins publishers, Inc.
- Hurlock, E.; (1980) Adolescence development. New York: McGraw – Hill.
- Kimmel, D. G.; (2001) Adulthood and aging. New York: John Wiley & Sons INC.
- Kolberg, L. & Kramer, R.; (1980). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development. J. of Human development. 12, 93 – 120,
- Lahey, B. B.; (2009). Psychology: An introduction. Madison: Brown & Benchmark Publishers.
- Miller, P. H.; (1993). Theories of developmental psychology. New York: W. H., Freema.
- Osipow, S.H.; (2003) Theories of career development. New Jersey: Prentice – Hall, Inc.

الإرشاد النفسي للراشد

- Riggio, R., E.; (2009). Introduction to industrial/ organizational psychology. New Jersey: Prentice hall, Upper River.
- Papalia D. E., & Olds S. W.; (2005) Psychology. New York: McGraw – Hill Book Company.
- Peterson. C.; (2005) Introduction to psychology. New York: Harper Collins publishers.
- Rathus, S. A.; (2002) Psychology In the millennium. New York: Hartcourt college publishers.
- Roediger 111 H. L. et al.; (2007). Psychology. Boston: Little, Brown and company.
- Schermerhorn, J. R.; (2001). Management. New York: John Wiley & Sons. Inc.
- Scully. J. H., et al.; (2010) Psychiatry. Malvern: Pennsylvania: Harwal Publishing Company.
- Wade, C. & Tavis, C.; (2003) Psychology. New York: Harper Collins College publishers.
- Zunker, V.; (2002) career counseling: Applied concepts of life planning. Australia: Thomson learning.

الوحدة السابعة

الارشاد النفسي لكبار السن



الوحدة السابعة

الإرشاد النفسي لكبار السن

أولاً: المقدمة:

(1 - 1) تمهيد:

عزيزي الدارس: أهلاً بك في الوحدة السابعة من هذا الكتاب والذي تبحث في مشكلات النمو في مرحلة الشيخوخة وهي مرحلة النضج واكتمال الشخصية وضعفها وانحدارها. فهي ربيع العمر وخريفه. تتطور بالفرد من رعاية الأسرة إلى الاستقلال الذاتي. وكسب الرزق ومسؤولية تكوين أسرة جديدة ورعايتها والإشراف على توجيهها حيث تصطدم أحلام المراهقة بالواقع ويتعلم الكبير كيف يكيف آماله لمظاهر البيئة التي يعيش فيها. كما تمثل الشيخوخة فقداناً جوهرياً وانحرافاً سلبياً في القدرة الوظيفية مقارنة بمستويات الشباب الأسوياء. وهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية للفرد واضحة يمكن قياسها ولها آثارها على العمليات التوافقية. وتحرص مؤسسات الرعاية الاجتماعية عادة على توفير كل وسائل الرعاية والخدمات بهدف تخفيف حدة المشكلات التي يعانيها المسنون.

تتألف هذه الوحدة من سبعة أجزاء. يبحث الجزء الأول منها في الشيخوخة عبر التاريخ وأهميتها والأطر النظرية في تحديد المراحل العمرية. ويبحث الجزء الثاني في التغيرات البيولوجية التي تطرأ على المسن. ويبحث الجزء الثالث في التغيرات المعرفية المصاحبة للكبر. أما الجزء الرابع فيبحث في التغيرات النفسية والاجتماعية المصاحبة للكبر. ويبحث الجزء الخامس في الأمراض الجسمية لدى كبار السن وفي الجزء السادس الاضطرابات النفسية لديهم ويبحث الجزء السابع والأخير في الرعاية الصحية والخدمات للمسنين ورعايتهم.

(1 - 2) أهداف الوحدة:

عزيزي الدارس: يتوقع منك بعد الانتهاء من دراسة مادة هذه الوحدة أن تصبح قادراً على أن:

1. تعرف مجتمع الكبار.
2. تبين التغيرات البيولوجية التي تطرأ على المسن.
3. تحدد التغيرات المعرفية المصاحبة للكبر.
4. تذكر التغيرات النفسية والاجتماعية المصاحبة للكبر.
5. تحدد الأمراض الجسمية لكبار السن.
6. تبين الاضطرابات النفسية لكبار السن.
7. تحدد حاجات المسنين واساليب الرعاية لهم.

ثانياً: مجتمع الكبار:

تعد مرحلة الشيخوخة مرحلة النضج واكتمال الشخصية وضعفها وانحدارها. فهي ربيع العمر وخريفه. تتطور بالفرد من رعاية الأسرة الى الاستقلال الذاتي. وكسب الرزق ومسؤولية تكوين أسرة جديدة ورعايتها والاشراف على توجيهها حيث تصطدم أحلام المراهقة بالواقع ويتعلم الكبير كيف يكيف آماله لمظاهر البيئة التي يعيش فيها.

(2 - 1) التعريف بمجتمع الكبار:

تمثل الشيخوخة فقداناً جوهرياً أو انحرافاً سلبياً في القدرة الوظيفية مقارنة بمستويات الشباب الأسوياء. (Wright & Weiss, 2009) وهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية للفرد واضحة يمكن قياسها ولها آثارها على العمليات التوافقية. ففي سن الخامسة والستين من عمر الإنسان ينتشر التلف الحسي والحركي. ويعانون من تدهور وظيفي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية. وهنا يبرز الفارق الجوهري في تحول النمو الإنساني في الاتجاه العكسي. فبينما كان النمو في المراحل السابقة يتجه نحو التحسن والترقي والتنمية بمعدلات مختلفة. فإنه مع بدء الشيخوخة يبدأ التدهور بمعدلات بطيئة في البداية ثم يتسارع هذا المعدل تدريجياً حتى يصل إلى أقصاه في طور الشيخوخة (أرذل العمر). (Baron & Kalsher, 2007)

وقد ورد في قواميس اللغة العربية معنى الكبر في السن وما نسميه بالشيخوخة حيث يقال: "شاخ الإنسان شيخاً وشيخوخة - والشيخ، هو من أدرك الشيخوخة وهي في الغالب من تجاوز عمره الخمسين سنة. ويقال: هرم الرجل هرماً، أي بلغ أقصى الكبر وضعف"، والهرم يعني كبر السن. ويستخدم الباحثون كلمتي الكبر والشيخوخة للأفراد الذين تتجاوز أعمارهم سن الخمسين سنة.

وتحدث الزبيدي (2008) عما إذا كان الإنسان الذي يغطي البياض على السواد في شعر رأسه هو الذي نسميه كبيراً؟ أم من بلغ الخمسين سنة من عمره؟ وهل الكبير هو من تجاوز منتصف العمر؟ وهذا يتطلب معلومات عن العمر الزمني لكل فرد وعن التغيرات البدنية المتعلقة بعمليات الهدم والبناء.

ألا إن الباحثين قد أشاروا إلى المعيار الاجتماعي لكبر السن حين ينسحب الشخص من كثير من المسؤوليات الاجتماعية التي كان يؤديها بكفاءة من قبل داخل الأسرة أو في المجموعة الاجتماعية المحيطة بسبب عوامل الضعف المتنامي في قوته البدنية والصحية.

الإرشاد النفسي لكبار السن

وأشار فريق ثالث للحكم على كبر الفرد لكونه أصبح عرضة أكثر فأكثر لبعض الأمراض المزمنة التي تضعف قدرته وحركته وأداءه. وتحدث آخرون عن معيار الصحة الجسمية كعلامات ظاهرة للحكم على كبر الفرد. وكذلك المعيار الوظيفي الذي يمثل مدى قدرة الفرد على القيام بوظائفه الحياتية بكفاءة ودون الاعتماد على آخرين أو الاستعانة بهم.

أزاء ما سبق، فإنه يمكن تعريف الكبار بأنهم الأشخاص الذين تجاوزوا مراحل النمو والتطور والبناء والنضج في قواهم الفسيولوجية، وبعض الوظائف المعرفية، ووصلوا إلى مراحل التوقف والاستقرار و بدايات الضعف والفقدان في بعض وظائف تلك الأعضاء.

كما عرفت الشيخوخة بأنها وضع نفسي/ جسمي عام يتسم بالضعف والانحدار في قوى



الفرد وأبنيته المختلفة. ناجم عن تغيرات جسمية ونفسية تحدث في المراحل المتأخرة من حياة الشخص الكبير في السن. وتؤدي تلك التغيرات إلى خلل يصي العمليات الحيوية الدقيقة التي يعتمد عليها الجسم في إعادة بناء ما يتلف منه.

أما المسنون فهم الأشخاص الذين يعيشون حياة أطول. وهم من يصلون إلى سن الشيخوخة التي قد تكون بين 70 - 74 في مجتمع معين أو مجموعة بشرية معينة في فترة زمنية معينة.

(2 - 2) الشيخوخة عبر التاريخ:

اعتقد الإنسان الأول أن حياة الفرد لا نهاية لها ما لم تكن هناك عوامل خارجية تضع حداً لها مثل السحرو قوى ما وراء الطبيعة. وكان لدى الإغريق والرومان والعالم العربي كذلك اعتقاد سائد بأن الشيخوخة والموت أمور لا مفر منها. ووجد علماء الآثار شواهد في بابل ونيينوى وبالمملكة حمورابي عام 1950 ق.م على الاهتمام بالصحة والنظافة وعقاقير طبية خاصة بعلاج شيب الشعر وضعف الأبصار. وكان ينظر إلى المرض والموت باعتبار أسبابهما قوى ما وراء الطبيعة.

وتحدث فلاسفة الإغريق واليونان القدماء عن الصحة والمرض والموت. فنأدي أبوقراط في فهم ظروف الصحة الجسمية من الشيخوخة وأوحى بالاعتدال في الغذاء وبالتمرينات البدنية بغرض التعمير. وألح الإغريق والمصريون القدماء على حب الابن لوالديه وعلى الحكمة التي يتصف بها التقدم في السن.

وأشار افلاطون الى بعض مظاهر الشيخوخة مبينا ان الانسان المتكيف في الحياة سوف يواجه مشكلات الشيخوخة بشكل معقول. وتلخصت نظرية أرسطو عن الشيخوخة في ان الكائن الحي يبدأ حياته بنوع من الحرارة الكامنة الولادية التي تتبدد في عملية الحياة ثم تختفي كلية. وبين سيشرو الذي عاش في الفترة ما بين (106 – 43 ق.م) انه يمكن مقاومة تقدم الشيخوخة بواسطة التمرينات الرياضية والغذاء والنشاط الذهني (Carson, et al., 2007).



وبين جالين في القرن الاول للميلاد الى أهمية التمرينات والتغذية والنوم ووظائف الأمعاء في الشيخوخة.

وحدد ابن سينا (980 – 1037 م) دورة حياة الانسان بما فيها الشيخوخة بمعايير الصفات التقليدية التي استخدمها جالين. وتحدث عن العلاقة ما بين الشيخوخة وعوامل مثل المناخ والغذاء وتناول السوائل وإفراز البول ووظائف الأمعاء.

ومع بداية عصر النهضة في القرنين الخامس عشر والسادس عشر عادت الى الضوء

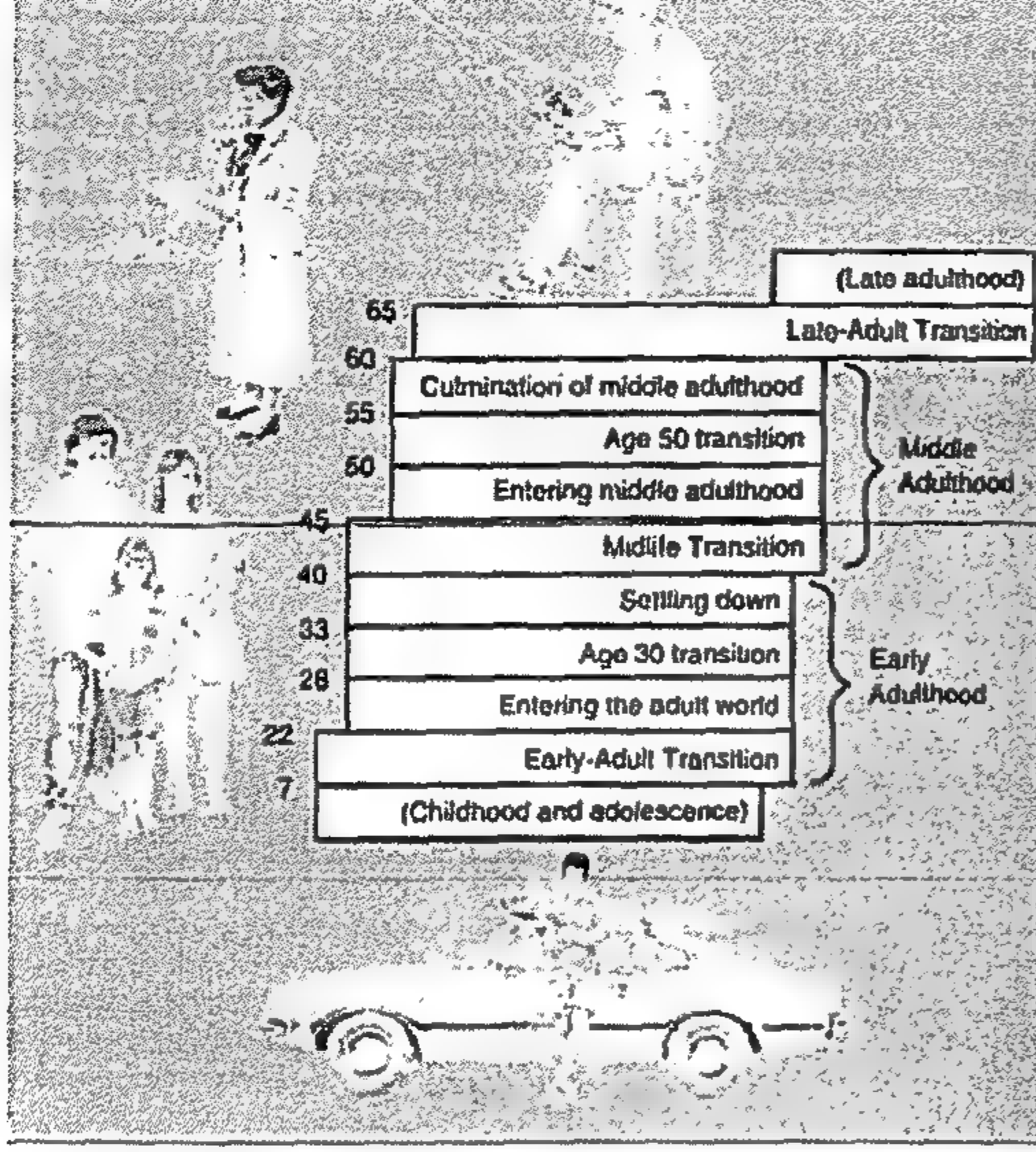
المفاهيم الاغريقية والرومانية المتعلقة بالرشد والشيخوخة والتي قام الاسلام بالحفاظ عليها.

وشهد عام 1635 تشريح جثة رجل يدعى توماس بار الذي عاش 153 سنة على يد وليام هاري مما حفز العلماء على اجراء سلسلة من الدراسات التشريحية على المعمرين. ثم تقدمت البحوث الطبية بشكل متسارع في اوروبا خلال القرن التاسع عشر استجابة لتحديات جوهرية مثل الوقاية من العدوى وتحسين الاساليب الجراحية وخفض الألم. وتقدمت البحوث النفسية الخاصة بالشيخوخة بعد انتهاء الحرب العالمية الأولى في كل من بريطانيا والولايات المتحدة الامريكية. وكان للجانب البيولوجي الطبي الاهتمام الأكبر في بداية الأمر. الا ان الجوانب النفسية والاجتماعية في الشيخوخة أخذت نصيبها من الاهتمام في السنوات الأخيرة خاصة في الولايات المتحدة وبريطانيا والمانيا.

ان بداية الاهتمام العلمي بموضوع الشيخوخة لم يتجاوز بداية القرن العشرين حين ظهرت مجموعة من الدراسات التي ركزت على السمات البيولوجية والنفسية للشيخوخة. مما أدى الى ظهور العديد من الجمعيات العلمية المتخصصة في هذا المجال. ويعد كتاب هول Hall الذي ظهر عام 1922 البداية الحقيقية للدراسات البيولوجية النفسية الخاصة بالكبار. ودخول

الإرشاد النفسي لكبار السن

موضوعات الشيخوخة كعلم يدرس في الجامعات ضمن عدد من التخصصات كالطب والتمريض وعلم النفس وغير ذلك من العلوم. كما أدى هذا البحث الى دراسة أثر الزمن على التغيرات البيولوجية التي تحدث للحيوانات خلال مراحل حياتهم المختلفة. ومن ثم دراسة أثر الزمن على تغير خواص الانسان البيولوجية الفيزيولوجية والنفسية الاجتماعية. كما شغلت مشكلة



التكيف الاجتماعي لدى كبار السن الباحثين. فدعا بيرجز Burgess الى تكوين جمعية أمريكية للعلوم الاجتماعية تعنى بدراسة مشكلات الشيخوخة. ومدى تكيف الفرد في هذه المرحلة من حياته بالنسبة لعائلته وعمله ودخله المتناقص.

(2-3) دورة حياة الانسان:

تعد مرحلة الشيخوخة مرحلة النضج واكتمال الشخصية وضعفها وانحدارها. ولقد كتب الكثير عن الشيخوخة منذ بدء التاريخ حتى يومنا

هذا بدءا من الاساطير القديمة والقصص الشعبية. وما كتبه الفلاسفة المصريون القدماء من ان كبر السن يعتبر اعظم مصيبة يبتلى بها انسان (Ward, 1984) ودعوة افلاطون ان يتسلم مقاليد السياسة والقيادة كبار السن. لان التربية لا تأتي ثمارها قبل سن الخمسين. ويعد سيشرون الخطيب الروماني الشهير الذي عاش في القرن الأول قبل الميلاد، أول من اهتم بالخصائص السلوكية لكبار والاعمال المناسبة لهم.

تعتبر دورة حياة الانسان سلسلة معقدة من الأحداث تبدأ منذ الاخصاب حتى الوفاة. وتنقسم دورة حياة الانسان الى مرحلتين رئيسيتين هما (Kosslyn & Rosenberg, 2004):

• مرحلة النمو والتطور Development.

• مرحلة الشيخوخة Aging.

وتختلف كل مرحلة عن الاخرى من حيث ان المرحلة الاولى تتسم بزيادة في الشكل والحجم والوظيفة. وتكون متوازنة بشكل عام مع العمر. بينما تتسم المرحلة الثانية بالميل نحو اعادة تنظيم وتدهور للوظائف والابنية الجسمية لدى الانسان. والمرحلتان الأولى والثانية

تنقسمان بدورهما الى ثماني مراحل عمرية مختلفة يوضحها كميل (Kimmel, 1982) بالشكل رقم (7 - 1)

وتشير الشيخوخة بشكل عام الى الانخفاض التدريجي في مستوى الاداء الوظيفي لدى الكائن العضوي بحيث يعتبره عدد من الباحثين سن الستين بداية النهاية للكائن الانساني. مما حدا ببياجيه الى اطلاق مرحلة التقاعد والراحة على هذه السن. (Birren, Renner., 1994).

00	1	الولادة (بداية الحياة)
6	2	بداية المدرسة
12	3	سن البلوغ (الحلم)
18	4	سن الرشد (بداية المهنة والزواج)
20	5	الأبوة/ الأمومة
48	6	وفاة الوالدين (سن اليأس؛ وانقطاع الطمث عند المرأة بين سن 45 - ، الجدود)
65	7	سن التقاعد
00	8	الموت
		دورة حياة الانسان

شكل رقم: (7 - 1) دورة حياة الانسان

(2 - 4) أهمية دراسة كبار السن:

ان نسبة الكبار تزداد سنة بعد أخرى. ولهذه الزيادة أثرها في اهتمام العلم الحديث بدراسة الصفات الرئيسية للكبار. خاصة ما يتعلق منها بالمظاهر الجسمية الحسية والعقلية المعرفية والانفعالية العاطفية والاجتماعية. فارتفاع مستوى الوقاية الصحية التي تهدف الى منع انتشار الامراض والأوبئة. وارتفاع الصحة البنائية التي تهدف الى تحقيق النواحي الغذائية والبيولوجية لبناء مجتمع سليم وافراد اقوياء وارتفاع مستوى الصحة العلاجية التي تهدف الى تزويد الفرد والمجتمع بالدواء المناسب لكل الأمراض المعروفة. وارتفاع مستوى الصحة النفسية التي تهدف الى تحقيق التكامل الصحيح لشخصية الفرد وتيسير أسباب راحته النفسية التي تحول بين الفرد وبين الامراض العصبية المختلفة. وزيادة النسل عاما بعد آخر نتيجة للعوامل السابقة. كل ذلك يؤدي الى زيادة تعداد كبار السن في المجتمع الانساني (Berstein, Penner, 2006). Clarke, Stewart & Roy,

بالاضافة الى ان المجتمع الذي نعيش فيه قادته من الكبار. وهم الذين يوجهون سياسة الدولة ومشروعاتها الاقتصادية وتطورها الاجتماعي. وأن اكتشاف علم النفس والعلوم الأخرى

الإرشاد النفسي لكبار السن

المتصلة به. لأهم الخواص الرئيسية للطفولة الانسانية. وسن البلوغ والمراهقة. والاستمرار في دراسة النمو الانساني من بدء الحياة حتى نهايتها. ومرحلة الشيخوخة تعد مظهرا من مظاهر التطور النفسي للفرد في نضجه واكتمال شخصيته وفي شيخوخته وضعفه.

وتعد الثروة البشرية هي اهم انواع الثروات الموجودة في أي دولة في العالم. والدراسة العلمية لنفسية الكبار تهدف اساسا الى معرفة الامكانيات البشرية والطاقات الكامنة لتوجيهها لخير المجتمع وخير النوع الانساني كله.

وأن ارتفاع نسبة الأمية في العالم يحول بين الفرد وبين الافادة من قواه وامكانياته الخصبة. والدراسة العلمية لنفسية الكبار تكشف الطرق الصحيحة لتعليم هؤلاء الأميين. من افراد المجتمع. ونحن لا نستطيع ان نعلم هؤلاء الافراد دون معرفة الخواص المختلفة لهؤلاء وامكانياتهم ودوافعهم وميولهم واهدافهم واستعداداتهم وقدراتهم. (السيد، 2003).

وقد لخص الزبيدي (2008) أهمية دراسة الشيخوخة بالنقاط التالية:

1. معرفة المبادئ والقوانين البيولوجية والفسولوجية المنظمة لعملية الكبر والشيخوخة ومدى امكانية التدخل فيها وتعديل تأثيرها ايجابيا لصالح تطور الجنس البشري وزيادة كفاءة أدائه لوظائفه الحياتية في مراحل الكبر والشيخوخة.
2. معرفة العوامل البيولوجية والثقافية والبيئية والنفسية المؤثرة في حياة الناس الكبار بالسن والكيفية التي تؤثر فيها مما يزيد من قدرتنا على التعامل معها لتيسير عمل العوامل الايجابية منها وتحييد أو ابعاد التأثيرات السلبية.
3. الاطلاع على الدراسات المقارنة عبر الاعمار والثقافة والأجيال لايضاح اثر البيئة والثقافة والعرق والتاريخ التطوري للجنس البشري في عملية الكبر.
4. تحديد توقعاتنا لما سيكون عليه كبار السن من قدرات وحسن تحديد الادوار المتوقعة منهم في المجتمع أو التي يضعونها لأنفسهم لكي تكون التوقعات موضوعية فلا نحرمهم من أدوار قادرين على القيام بها أو تحملهم مسؤوليات لا تناسب مراحلهم العمرية وأوضاعهم الصحية.
5. عدم الخلط بين مفهوم كبر السن ومفهوم الشيخوخة. فمفهوم كبر السن يشير الى الزيادة أو التقدم في العمر. ومفهوم الشيخوخة يعني ظهور التغيرات أو الأعراض البيولوجية وبعض الأمراض المزمنة التي تصاحب كبر السن.
6. التعرف على الفروق بين عمليتي الكبر الطبيعي مقابل عملية الهدم والضعف والعجز وفقدان الوظيفة الناجمة عن المرض عند كبار السن.

7. فهم الأطر النظرية والنظريات والنماذج الاجتماعية والبيولوجية والنفسية التي تصف وتفسر ماذا يعني الكبر وما تعنيه الشيخوخة.
8. ايضاح الخصائص العامة المشتركة المميزة لكبار السن جميع الجوانب الجسمية والمعرفية والانفعالية والنفسية والاجتماعية.
9. إظهار الفروق الفردية بين الكبار التي تتأثر بنمط الحياة والوراثة والجنس وظروف العمل والحاجات واساليب الرعاية المتوفرة.

(2 - 5) الأطر النظرية لتحديد المراحل العمرية للنمو والكبر:

(1) النظريات التي اهتمت بالتطورات النمائية الدينامية:

فقد حدد فرويد نظاما مكونا من ثلاث مراحل للتطور النفسي، وكل مرحلة تتحقق فيها احدى المنظومات الثلاث (Stephen & Rosenberg, 2004)

1. تتكون الهوي في المرحلة الأولى من حياة الفرد في سنته الأولى من الحياة. حيث يتركز نشاطه فيها على اشباع حاجاته الأساسية الغريزية ذات الأساس البيولوجي دون وعي أو مراعاة لوجود الآخرين.
 2. وفي العام الثاني من العمر تظهر المنظومة الثانية وهي الأنا التي تنبثق من التطور خلال العام الثاني من عمر الطفل وتستمر تكاملها حتى عمر أربع سنوات ونصف تقريبا. حيث يبدأ وعي الطفل بذاته وبالاخرين. وما يشكلون من ظروف مانعة أو ميسرة لاشباع حاجاته وما يتطلبه من ارجاع الاشباع لبعض الحاجات مؤقتا أو كبتها حين لا تسمح الظروف الاجتماعية القائمة وسلطة الكبار.
 3. وفي المرحلة الأخيرة للتطور يظهر البناء الثالث للنفس وهي الانا العليا في السنة الخامسة من عمر الطفل. وفيها يتكون الضمير الذي يمثل قيم وعادات وقوانين الكبار وسلطة المجتمع.
- وتحدث فرويد عن التطور الجنسي للفرد وحدد فيها مواضع معينة من الجسم لتمثل مواقع الإثارة الجنسية لديه. وتختلف هذه المواضيع باختلاف العمر. ومراحل التطور الجنسي هي (Peterson, 2005):

1. المرحلة الفمية: من الميلاد وحتى نهاية العام الأول من العمر.
2. المرحلة الشرجية: بين 2 - 3 سنوات من العمر.
3. المرحلة القضيبية: بين 3 - 6 سنوات من العمر.
4. مرحلة الكمون: بين 6 - 11 سنة تقريبا.
5. المرحلة التناسلية: تبدأ من عمر 12 سنة وحتى نهاية العمر.

الإرشاد النفسي لكبار السن

ووضع بياجيه (Sterberg, 2004) أربعة مراحل عليا نهائية للتطور العقلي هي المرحلة الحسية الحركية: وتبدأ من الولادة وحتى عمر سنتين:

1. مرحلة ما قبل العمليات العقلية (الحسية والرمزية) بين 2 – 6 سنوات.
2. مرحلة العمليات العقلية الملموسة: بين 6 – 12 سنة.
3. مرحلة العمليات العقلية المجردة (المنطقية النظامية) 12 سنة فأكثر.

وتحدث كولبرج (Stephen, et al, 2004) عن مراحل التطور الخلقي للفرد وأشار الى ستة مراحل هي:

1. مرحلة استشراف الطاعة وتجنب العقوبة: وهي أدنى مرحلة للتطور الخلقي وتسود بين الأطفال الأصغر سنا.
2. مرحلة النفعية البدائية: وتقع هذه المرحلة ضمن المستوى الأول (مستوى ما قبل العرف الاجتماعي).
3. مرحلة الولد الجيد والفتاة الطيبة: وتمثل هذه المرحلة أولى مرحلتين المستوى الثاني للتطور الخلقي (مستوى العرف الاجتماعي). حيث يهتم الطفل في أن يكون مستقيما مع الذات وراضيا عما يفعل.
4. مرحلة الحفاظ على النظام والقانون: وفيها ينتقل اهتمام الشخص الى النظام الاجتماعي والمبادئ التي تنظم العلاقات والمعاملات وبذلك يصبح النظام شيئا مقدسا لديه.
5. مرحلة التعاقد الاجتماعي: ويكون فيها الطفل أكثر تحررا من مركزية الذات ويرى في هذه المرحلة أن أهم شروط العدالة والتغلب على المشكلات هو مبدأ التوافق الاجتماعي.
6. مرحلة المبادئ الانسانية العليا وتكوين الضمير: وهي المرحلة الأخلاقية العليا للتطور الخلقي في منظور.

(2) النظريات التي وضعت مراحل لتطور الشخصية:

قدم يونج وصفا لتطور شخصية الانسان في أربع مراحل هي (Stephen, et al.; 2004):

1. مرحلة الطفولة (وتقع بين الولادة وحتى سن 12).
2. مراحل الشباب وتمتد من 12 – 40 سنة.
3. مرحلة النضج وتمتد من 40 – 65 سنة.
4. مرحلة الشيخوخة وتمتد من 65 سنة وحتى الموت.

حدد اريكسون ثماني مراحل لتطور الشخصية هي (Rohwer, et al.; 2006):

1. مرحلة الثقة مقابل عدم الثقة خلال السنة الأولى من عمر الطفل.
2. مرحلة الاستقلال الذاتي مقابل الشك والخجل بين عمر 2 - 3 سنوات.
3. مرحلة المبادرة مقابل الشعور بالذنب بين عمر 3 - سنوات.
4. مرحلة الانتاجية مقابل الشعور بالدونية بين عمر 6 - 12 سنة.
5. مرحلة تحقيق الهوية مقابل ضياع التوجه بين عمر 12 - 20 سنة.
6. مرحلة اللفة والحب مقابل الشعور بالعزلة بين عمر 20 - 30 سنة.
7. مرحلة التوليدية والانتاجية مقابل التوقف أو الانقطاع بين عمر 35 - 50 سنة.
8. مرحلة تكوين الشعور بالكمال والكرامة مقابل الشعور باليأس بين عمر 60 سنة وحتى آخر العمر.

وحدد بوهلر خمس مراحل أساسية في حياة الانسان هي (Wade & Tavris, 2003):

1. الولادة وحتى 15 سنة وفيها يتحقق التقدم البيولوجي ولكن تكون الاهتمامات ضيقة واهتمام لدور الاسرة والمدرسة
2. بين 16 وحتى 27 سنة حيث يستمر النمو البيولوجي والنضج الجنسي واتساع مدى الأنشطة وتطور قدرة الفرد على تحديد مصيره وتزداد استقلاليته فيدخل في أنشطة مستقلة وعلاقات شخصية
3. بين 28 - 47 سنة وفيها يمر الفرد في حالة استقرار بيولوجي وبلوغ الذروة في تطوره. وهي المرحلة الأكثر أهمية في صعيد العمل المهني والابداع في العمل.
4. بين 48 - 62 وفي هذه المرحلة يحدث فقدان القدرة على الانتاجية وانخفاض في قدرات الفرد وأنشطته في مختلف المجالات الاقتصادية والاسرية والشخصية. وقد سماها بوهلر بفترة التأمل الذاتي لمرحلة الحياة.
5. من 63 فأعلى: وهي مرحلة الانحدار البيولوجي وتزايد الاصابة بالأمراض والتعرض الى التقاعد من العمل ونقص في العلاقات الاجتماعية.

وحدد بروملي ست عشرة مرحلة لمرحلة حياة الانسان بدءا من الخلق وحتى الممات. خصص منها سبع مراحل للكبر والشيخوخة هي (Cavanaugh, 1997):

1. المرحلة المبكرة من الكبر (21 - 25 سنة).
2. المرحلة المتوسطة من الكبر (25 - 40 سنة).



3. المرحلة المتأخرة من الكبر (40 – 60 سنة).
4. مرحلة ما قبل التقاعد (60 – 65 سنة)
5. مرحلة التقاعد (65 سنة فما فوق).
6. مرحلة الشيخوخة (70 سنة فما فوق).
7. مرحلة الهرم (المرض النهائي فالمت).

وقدم هافجهرست نموذجاً

لمراحل تطور الإنسان ومهمات مدى الحياة مستنداً في ذلك على مفهوم المهمات والمتطلبات التطورية. تم توزيعها في ست مراحل تطورية لكل مرحلة مهماتها التطورية الخاصة بها وهي (الزبيدي، 2008: 120).

المرحلة	العمر	المهام أو المتطلبات الخاصة بالمرحلة
الطفولة المبكرة	من الولادة – 5 سنوات	تعلم المشي، وتناول الأطعمة الصلبة، وتعلم الكلام، والتحكم في طرح العضلات، تعلم الفروق الجنسية واللاتزان الجنسي، تحقيق التوازن الفسيولوجي، تكوين مفاهيم بسيطة للواقع المادي والاجتماعي، عدم الارتباط العاطفي بالوالدين، والاخوة والناس الآخرين، تعلم التمييز بين الصواب والخطأ وتمو الضمير.
الطفولة المتوسطة	6 – 12 سنة	تعلم المهارات الجسمية الضرورية للألعاب الاعتيادية. تكوين الاتجاهات السليمة نحو الذات باعتبارها كائناً حياً يتطور، تعلم التوافق مع الأقران، تعلم الدور المناسب لجنسه، تطوير المهارات الأساسية في القراءة والكتابة والحساب. تطوير المفاهيم الضرورية للحياة اليومية، تطوير الضمير والأخلاق ومعايير القيم، تنمية الاتجاهات نحو المجموعات والمؤسسات الاجتماعية.

المرحلة	العمر	المهام أو المتطلبات الخاصة بالمرحلة
المراهقة	12/13 - 18 سنة	قبول القوام الجسمي والدور الجنسي، تطوير علاقات جديدة مع الأقران من الجنسين والاستقلال العاطفي عن الوالدين والكبار الآخرين. ضمان الاستقلال الاقتصادي، اختيار مهنة والاستعداد لها. تطوير المهارات العقلية والمفاهيم المدنية الضرورية. الرغبة في المسؤولية الاجتماعية وتحقيقها. الاستعداد للزواج والحياة الأسرية. بناء القيم المنسجمة مع الصور العلمية للعالم.
الكبر المبكر	18 - 35 سنة	اختيار شريك للحياة. تعلم العيش مع الزوج، الزوجة، البدء في تكوين الأسرة. تربية الأطفال. إدارة البيت، البدء في مهنة، تولي مسؤولية مدنية. إيجاد مجموعة اجتماعية يتجانس معها.
وسط العمر	35 - 60 سنة	إنجاز مسؤولية الكبر المدنية والاجتماعية. ترسيخ مستوى اقتصادي للعيش والحفاظ عليه. مساعدة الصبية ليصبحوا كبارا مسؤولين وسعيدين. تطوير أنشطة لأوقات فراغ الكبر. الارتباط بالزوجة أو الزوج كشخص. تعلم قبول التغيرات الفسيولوجية الخاصة بمنتصف العمر والتوافق معها. التوافق مع الوالدين المسنين.
الحياة المتأخرة	60 سنة فأعلى	التوافق مع القوة البدنية المتناقصة. التوافق مع التقاعد والدخل المتناقص. التوافق مع موت أحد الزوجين. ترسيخ انتماء واضح للمجموعة العمرية للفرد. الوفاء بالالتزامات الاجتماعية والمدنية. ترسيخ متطلبات عيش مادية مرضية.

(2 - 6) مبادئ الأمم المتحدة بحقوق كبار السن:

اصدرت الأمم المتحدة المبادئ العامة لحقوق كبار السن في عام 1991 تضمنت شروط

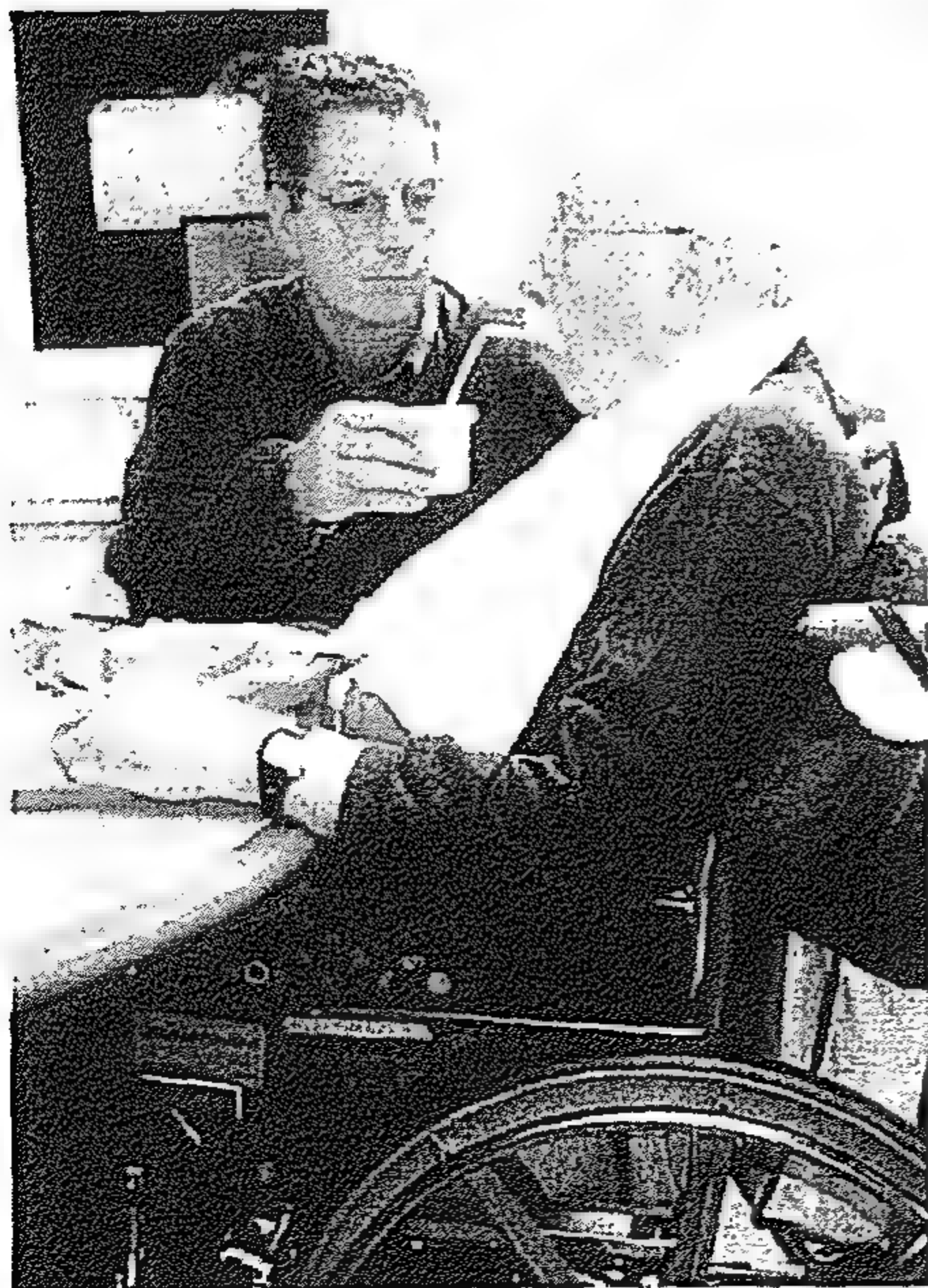
ومتطلبات تحقيقها وهي:

(1) مبدأ الاستقلالية:



وحتى يتحقق مبدأ الاستقلالية لكبار السن. فإنه ينبغي ان تتاح لهم امكانية الحصول على ما يكفي من الغذاء والماء والمأوى والملبس والرعاية الصحية وأن يوفر لهم مصدرا للدخل ودعم أسرى ومجتمعي ووسائل العون الذاتي. وأن تتاح لهم فرصة العمل أو فرص أخرى مدرة للدخل. والاستفادة من برامج التعليم والتدريب الملائمة. والعيش في بيئات مأمونة وقابلة للتكيف بما يلائم ما يفضلونه شخصيا وقدراتهم المتغيرة. وتمكينهم من مواصلة الإقامة في منازلهم لأطول فترة ممكنة.

(2) مبدأ المشاركة:



وحتى يتمكن كبار السن من المشاركة، فإنه ينبغي أن يظل كبار السن مندمجين في المجتمع، ويشاركوا في صياغة وتنفيذ السياسات التي تؤثر مباشرة في تحقيق الرفاهية لهم وان يقدموا للأجيال الشابة مهاراتهم وامعارفهم. وتمكينهم من تهيئة فرص خدمة المجتمع المحلي والعمل كمتطوعين في اعمال تناسب واهتماماتهم وقدراتهم

(3) مبدأ الرعاية:

وحتى يكون حق الرعاية مضمونا لكبار السن فإنه ينبغي الاستفادة من رعاية وحماية

الأسرة والمجتمع المحلي وفقا لنظام القيم الثقافية في كل مجتمع، وان تتاح لهم امكانية الحصول على الرعاية الصحية ومساعدتهم في الحفاظ على المستوى الامثل من السلامة الجسمية والذهنية والعاطفية. والحصول على الخدمات الاجتماعية والقانونية. وتعزيز استقلاليتهم وحمايتهم ورعايتهم وتأمين الحماية والتأهيل والحفز الاجتماعي ضمن بيئة انسانية آمنة. والتمتع بحقوق الانسان والحريات الأساسية عند اقامتهم في أي مأوى أو مرفق للرعاية والعلاج.

(4) مبدأ تحقيق الذات:

وحتى يحقق كبار السن ذواتهم فانه ينبغي تمكينهم من التماس فرص التنمية الكاملة لامكاناتهم والاستفادة من موارد المجتمع التعليمية والثقافية والروحية والترويحية.

(5) مبدأ الكرامة:

ولأجل ان يشعر كبار السن بالكرامة الانسانية فانه ينبغي تمكينهم من العيش في كنف الكرامة والأمن ومعاملتهم معاملة منصفة بصرف النظر عن عمرهم أو جنسهم أو خلفيتهم العرقية أو الاثنية أو كونهم معاقين. ودون خضوعهم لأي استغلال أو سوء معاملة جسدية أو ذهنية.

ثالثاً: التغيرات البيولوجية التي تطرأ على المسن:

(3 - 1) المبادئ العامة للتغير في مراحل الكبر:

تحدث الباحثون عن المبادئ العامة لمراحل كبار السن وفرقوا بين التغير المتسارع في مرحلتي الطفولة المبكرة ومرحلة المراهقة. وان التغيرات التي تحدث بعد وصول الفرد الى مرحلة النضج تتمايز عن التطور في المراحل المبكرة للكائن. وان هذا التمايز يتمثل في الآتي (Belsky, 1999):

1. ان معدل التغير في مرحلة الكبار يكون بطيئاً ويتميز عبر جميع مجالات الوظائف البشرية من بيولوجية ومعرفية واجتماعية ولا يكون بنفس الطريقة عند جميع الافراد.
2. ان هناك تمايزاً واضحاً بين مراحل النمو الانساني المختلفة خاصة في حالات الاصابة بالمرض. فبينما تزداد صدف الاصابة بالأمراض بين كبار السن مقارنة بالأشخاص الأصغر سناً قباين بين الأشخاص في المرحلة العمرية الواحدة. فليس جميع كبار السن يصابون بالمرض. وانما هناك فروقا بين كبار السن في مدى اصابتهم بالأمراض المختلفة.
3. هناك ثبات نسبي يمكن توقعه عبر سنوات الرشد من حيث الاداء الوظيفي. وان عملية التغير تكون تدريجية.
4. هناك انحدار تدريجي او تراجع بسبب الأمراض التي ترتبط بالعمر يمكن توقعه.

5. ان اي تغير عاجل وشديد وبداياته سريعة وحادة ترتبط بمرض طارئ بدلاً من كونها تغيراً مرتبطاً بالكبر.

6. يميل الفرد نحو تعويض طبيعي عما يفقده لكي يحتفظ بالوظيفة الضرورية لبقائه.

(3 - 2) النظريات البيولوجية لكبار السن:

1) نظريات البرمجة/ الوراثة:

تعددت الدراسات والبحوث التي تناولت الشيخوخة حيث عرض فنش (Gibson, 2005): نظرية البلى والتمزق في الشيخوخة The wear and tear theory of senescence افتراض فيها ان الجسد كآلة. تعمل حتى انتهاء الزمن المخصص لها فتبلى. وأشار الى ان جميع الاعضاء في الجسد الواحد ليست موضوعة للبلى والتمزق في الوقت ذاته. كيف لا وأن أعضاء الجسد تشيخ بنسب متفاوتة من فرد لآخر. وترى هذه النظرية ان الحمض النووي يتهدأ وتضعف فاعليته تدريجياً في كل مرة تنقسم فيها الخلية وتتضاعف. وبذلك تصبح الخلية قاصرة عن التجديد وتصل الى مرحلة الهرم.

1. النظرية الهرمونية في الشيخوخة:

تشير النظرية الهرمونية في الشيخوخة The hormone theory of senescence: (Gibson, 2005) الى ان الهرمونات تؤثر بشكل اساسي وفاعل على عمل الفرد. فهي قد تزيد من عمره. كما قد تنقص منه من خلال نقص القدرة على انتاج هذه الهرمونات. مما حدا ببريهودا Prehoda الى تقديم تقارير أشارت الى امكانية استخدام أنماط مختلفة من العلاجات الهرمونية المساعدة في تخفيف بعض أمراض الشيخوخة بالرغم من عدم قدرة الباحثين على عزل اصناف الهرمونات ذات العلاقة بالشيخوخة بشكل مباشر.

2. النظرية الكولاجينية في الشيخوخة:

اقترحت النظرية الكولاجينية في الشيخوخة The Collagen theory of senescence: (Gibson, 2005) أنه اذا قدر للباحثين التحكم بمادة الكولاجين Collagen وهي مادة بروتينية توجد في النسيج وتساعد على توصيل الانسجة وتحتفظ ببقائها في الجسم. يحقق زيادة في تماسك الانسجة مع التقدم في العمر. هذا التماسك الذي يقلل من عمليات ابتلاع المواد المغذية في الجسم. ويفجر بالتالي، الطاقة الانتاجية المهمة لتحقيق ازدياد عمليات الشيخوخة في الجسم.

3. نظرية المناعة الذاتية في الشيخوخة:

تفترض نظرية المناعة الذاتية في الشيخوخة The Outoimunity theory of senescence: (Gibson, 2005) ان الزيادة في العمر تجلب زيادة في التحولات والتغيرات الرئيسية الهامة في انقسام الخلية Coll division الى القيام بدراسات مستفيضة ضمنها تقريره الذي اشار فيه الى التوقع في زيادة فترة حياة الفرد اذا تمكن الباحثون من تخفيف حدة استجابة المناعة الذاتية لهذه المتغيرات.

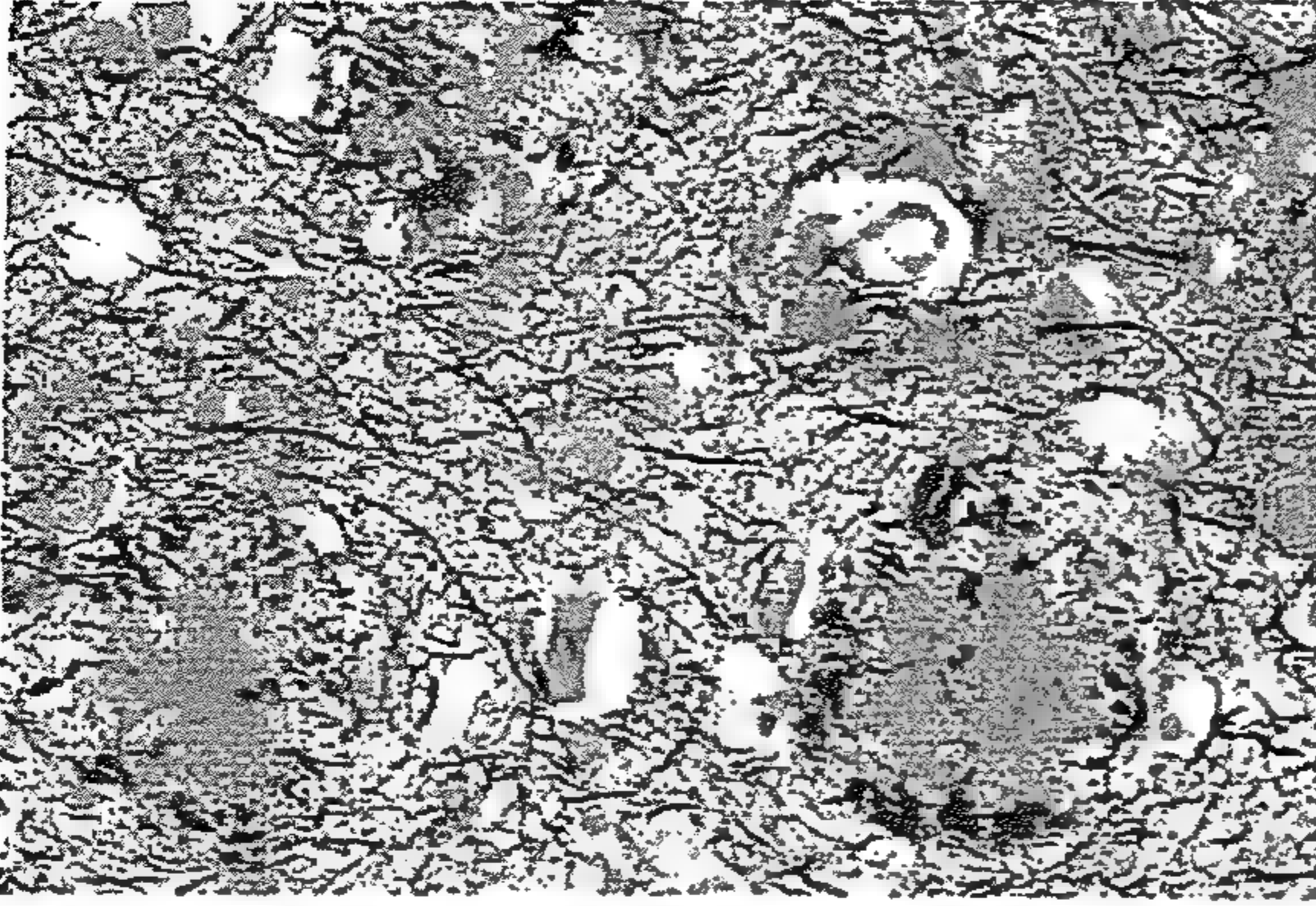
4. نظرية تأثير عمل المورثات في انقسام الخلية وعملية الابدال والتعويض:

تصف نظرية تأثير عمل المورثات في انقسام الخلية وعملية الابدال والتعويض التي تسبب التغيير المنتظم عبر مسار حياة الفرد. وان معدل العمر الذي يتوقع ان يعيشه الانسان حالياً هو حوالي (75) سنة. الا الهبة الوراثية لكل فرد ستساهم بصورة اساسية في الصدف او الفرص المتاحة له في تحقيق هذا التوقع. وتحدث شنايدر (Schneider & Welkowitz, 1996) عن وجود حوالي (200) مورث تؤثر بصورة دقيقة وحددة في عملية الكبر. ويمكن تمييز الكبر المبرمج وراثياً بوضوح عبر تغيرات عديدة ظاهرة عند البشر من خلال ظهور الشيب في الشعر والدورة التناسلية عند الاناث في بداية الطمث وحتى انقطاع الدورة في سن اليأس. والانحدار في وظيفة جهاز المناعة بعد عمر (20) سنة. كما اشارت نتائج الدراسات التي اجراها شنايدر الى امكانية السيطرة على عمل بعض المورثات التي تعجل في ظهور الشيخوخة وكبح نشاطها من جانب وتحفيز مورثات أخرى مقاومة لأمراض الشيخوخة من جانب آخر. حيث تمكن فريق من العلماء في جامعة الينوي الامريكية من تحديد الجين المسؤول عن اصابة الانسان بأمراض الشيخوخة مثل مرض الزهايمر وأمراض القلب، وارتفاع الضغط والسرطانات والتجلطات الدماغية.

5. نظرية الارهاق والاهتراء والقصور:

عرض فنش Finch: نظرية الارهاق والاهتراء والقصور في الشيخوخة The wear and tear theory of senescence افترض فيها ان الجسد كآلة. تعمل حتى انتهاء الزمن المخصص لها فتبلى. و اشار الى ان جميع الاعضاء في الجسد الواحد ليست موضوعة للبلى والتمزق في الوقت ذاته. وأن اعضاء الجسد تشيخ بنسب متفاوتة من فرد لآخر (Atchley, 2005). وان الحمض النووي يتهرأ وتضعف فاعليته تدريجياً في كل مرة تنقسم فيها الخلية وتتضاعف. وتصبح الخلية بعد ذلك قاصرة عن التجديد وتصل الى مرحلة الهرم (Schneider & Welkowitz, 1996).

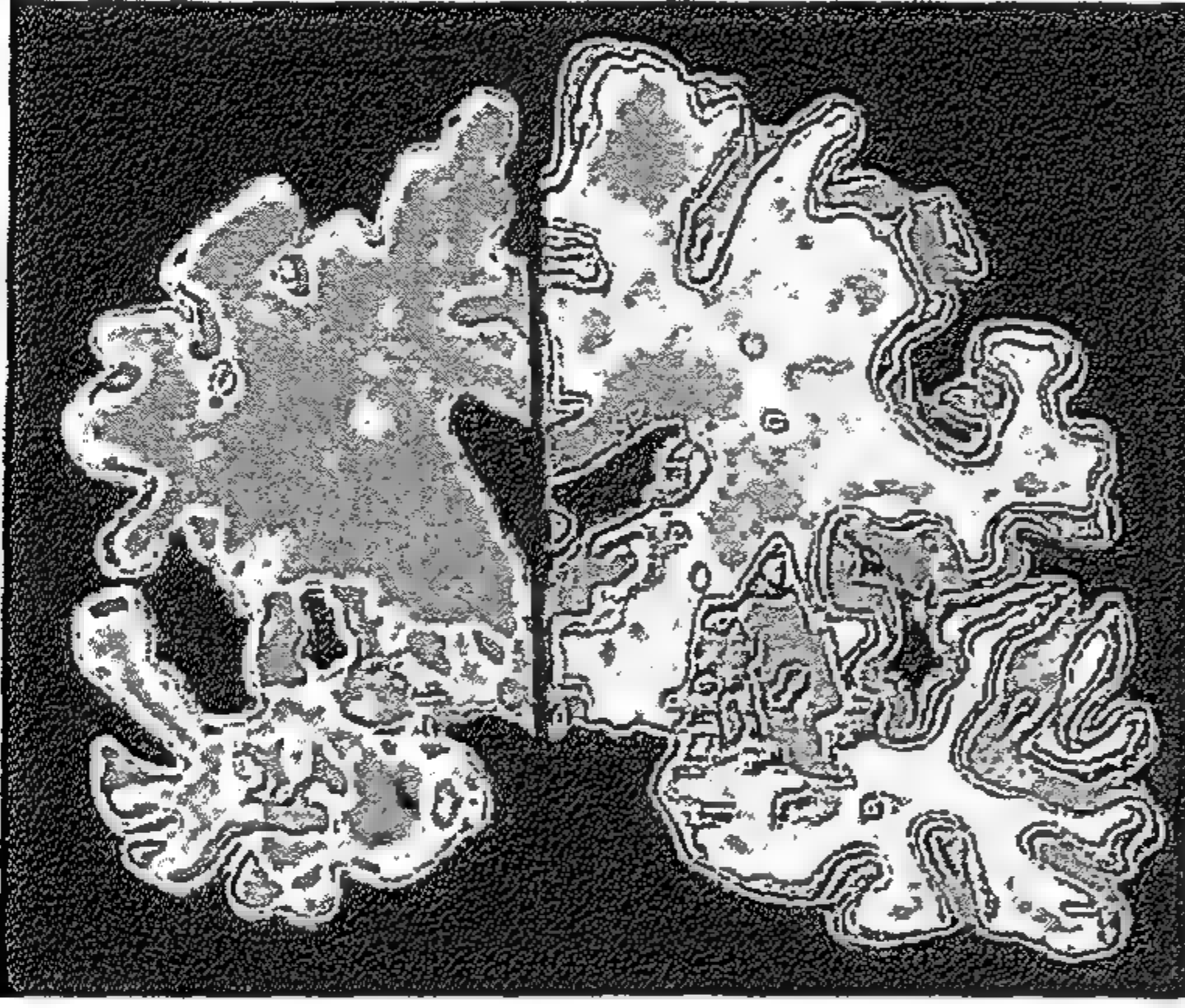
(2) النظريات التراكمية المتجمعة Stochastic theories:



اشار الزبيدي (2009) الى عدد من النظريات التي تصف تأثير الهجومات العشوائية على الجسم وعوامل الصدفة من خلال قوى خارجية متجمعة في البيئة. كالسموم مثلاً.

1. النظرية الأيضية

:Metabolic theory



تحدثت النظرية الأيضية Metabolic theory الى ان نسبة التأيض ترتبط بطول العمر بصورة مباشرة. وان الأيض العالي يرتبط بحياة اقصر في حين يرتبط انخفاض التأيض بحياة أطول.

2. نظرية الذرات الدقيقة الحرة Free

:Radical theory

تصف نظرية الذرات الدقيقة الحرة Free Radical theory التغيرات التي تحدث في وظيفة الخلية نتيجة الضمور الذي تسببه هجومات من عوامل داخلية او عوامل خارجية. وان اجزاء من الجزيئات التي لها اما الكبريتات زائدا او مفقودا تقوم بمهاجمة الخلايا وان تلك الذرات تكونها وظائف خلوية طبيعية مثل عملية الاكسدة التي هي احدى عمليات الايض الكيميائي بهدف استخدام الاكسجين فتؤدي الى توليد كميات زائدة من الاكسجين النشط او مركبات فوق الاكسجين والهيدروجين وثاني اكسيد الكربون. وقد تكون تلك التغيرات نتيجة لعوامل بيئية خارجية مثل السموم المتراكمة من التدخين والملوثات لمياه الشرب غير النقية والكيميائيات الاضافية في الطعام.

3. نظرية تراكم الجزيئات عبر الترابطات

Theory of cross – linkage accumulation:



افتترضت نظرية تراكم الجزيئات عبر الترابطات Theory of cross – linkage accumulation بأنه بينما ينمو الانسان اكبر فان عددا متزايدا من جزيئات الخلية تربط نفسها مع جزيئات أخرى لتشكل ترابطات متقاطعة مثل تلك التي تسببت بواسطة الذرات الحرة. وان التراكم عبر هذه الترابطات يسبب الكبر للانسان حيث تصبح قدرة الخلايا على الاصلاح ضعيفة وتفقد تلك الخلايا لوظيفتها مما يجعل الترابطات في الانسجة الرابطة بالجسم اكثر تصلبا واقل مطاطية. فيحدث التجمع في الجلد وفقدان وظائف جسمية أخرى مثل حركة الرئة في التنفس والوعية الدموية وعدسة العين (Belsky, 1999).

(3 – 3) التغيرات البيولوجية المصاحبة للكبر؛

(1) الجهاز العظمي والهيكلية:

بعد وصول الانسان الى مرحلة الرشد أو اوائل سن العشرين. فانه لا يحدث تغير يذكر في طول عظام الانسان. بالرغم من حدوث قدر من النقص الضئيل في القامة الكلية نتيجة ضمور الغضاريف بين الفقرات الشوكية. والذي يمكن ان يحدث تحديدا او انحناءا الى الامام مع العمر. بسبب ضعف عضلي وضمور في الجهاز العصبي المركزي لدى بعض الافراد. كما قد يحدث ارتخاء في الجسم خلال مرحلة الرشد مما يحدث تغيرا في التركيب الكيميائي للعظام. وتصبح العظام اقل كثافة. مما يزيد من مخاطر حدوث الكسور خاصة في السنوات المتقدمة من العمر. واذا ما حدث قصور في التغذية لدى الفرد او اصابه بأمراض معينة. فان حركات المفاصل تصبح اكثر صعوبة وخطورة كما يتزايد معدل حدوث الأمراض التي تصيب المفاصل مع التقدم في العمر. ولا تنسى ما يصيب الاسنان من تلف مع التقدم في العمر. بحيث ينتهي الامر الى فقدان لها. وتشير الدراسات في هذا السياق الى وجود ارتباط ما بين كل من تأثير التقدم في العمر وتأثير النظام الغذائي الذي يتبعه الفرد، وتأثير الاهتمام بصحة الاسنان وسلامتها واصلاح ما يطرأ

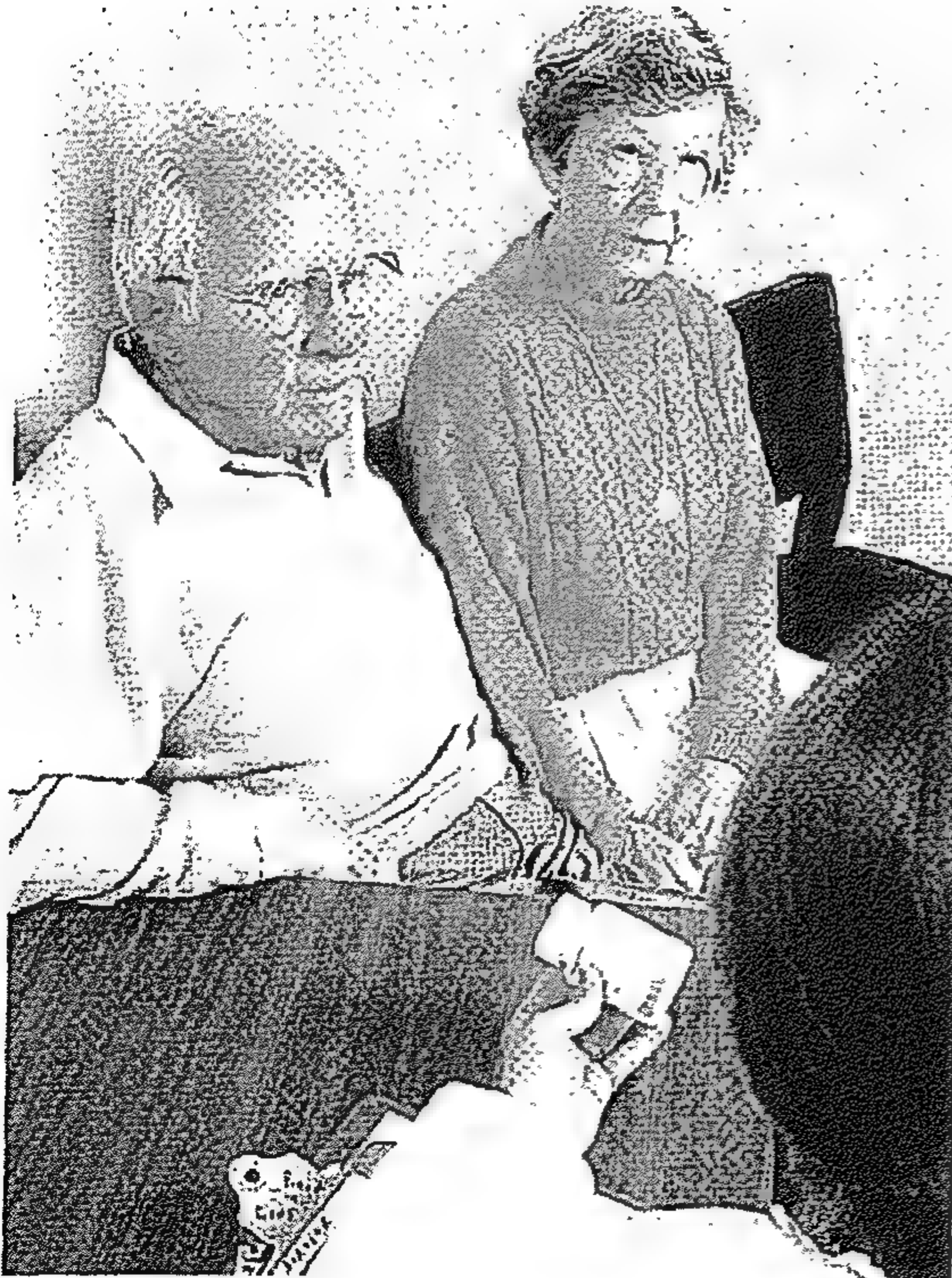
عليها من تلف. بالإضافة الى شعور الفرد واحساسه بالتقدم في العمر نتيجة ذلك (Papalia, Sterns, Feldman, & Camp, 2002).

(2) الجلد والأنسجة الدهنية:

يتكون جلد الانسان عادة من طبقتين هما: الطبقة الخارجية أو الطبقة الصلبة Cuticle (أي البشرة) والطبقة الداخلية Dermis (أي الأدمة) وهي تحتوي على العديد من الغدد والنهايات العصبية. وفي سنوات العمر الأولى من حياة الراشد يميل الانسان الى ان يتزايد لديه فائض من رواسب دهنية. اذا أولئك الافراد الذين لا يعيدون تنظيم أساليبهم الغذائية بما يتناسب واحتياجاتهم البدنية. فتراهم وقد ازدادت احجامهم. الا انه ومع التقدم في العمر تبدأ الدهون الموجودة تحت الجلد في الاختفاء. ويطرأ تغير على الجهاز العضلي بحيث يصبح الجلد (الذي افتقد مرونته) في صورة ثنانيا وتجاعيد. يصبح الجلد أكثر شحوبا ويفتقد صفاءه ويبدو أكثر جفافا. وتظهر التجعدات في الوجه، ويفقد نضارته، وتقل غزارة الشعر والصلع والشيب وتوسع الأوردة الدموية (الدوالي) Veins Varicose. وتصبح الأنسجة أقل قدرة على الاحتفاظ بالماء وتظهر كما لو أصبحت أكثر سمكا وكثافة.

(3) جهاز العضلات:

وتقع العضلات الارادية أو العضلات المخططة على طول الذراعين والساقين وأجزاء أخرى من الهيكل العظمي. وتصل هذه العضلات الى اعلى قوة لها في سن الخامسة والعشرين من عمر الانسان. ثم تبدأ بعد ذلك بالتناقص في سرعة وقوة انقباض العضلات. كما تتناقص قدرة الفرد على الاحتفاظ بجهد عضلي. وتصبح العضلات أقل مرونة وتترايد المواد اللبانية بها. ويشير العلماء الى ان التدهور في وضع الجسم والتناسق العضلي انما يتأثر غالبا بما يحدث من تلف في العقد القاعدية Basal ganglia خاصة وان للمخيخ دور هام



في التناسق العضلي الذي يحدث هذا الضعف. ومع التقدم في العمر. وبسبب انخفاض قدرة تشغيل القلب والرئتين وعوامل عديدة أخرى، فإن الجهد العضلي للفرد يصبح أكثر تحديداً بسبب تصلب وتحديد حركات المفاصل.

أما العضلات اللاارادية أو العضلات الملساء فهي تلك العضلات التي تكون في جدار المعدة والأمعاء. وفي القنوات الهوائية. وفي معظم الأحشاء الداخلية. والأوعية الدموية، وهذه العضلات تقع تحت تأثير الجهاز العصبي الذاتي Autonomic nervous system ومع التقدم في العمر فإن التأثير على هذه العضلات يبدو ضئيلاً وهي تؤدي وظيفتها بشكل سوي بدرجة ما حتى نهاية الشيخوخة تقريباً. فيما عدا العضلات الملساء للأوعية الدموية.

(4) الجهاز الحسي:

ويعد القصور الذي يصيب الفرد في بصره من أبرز التغيرات المصاحبة لكبار السن. ومن أكثرها تأثيراً في عمليات التوافق الاجتماعي والاقتصادي. وتشير الدراسات في هذا الصدد. إلى أن القصور في الإبصار لا يحدث فقط في مرحلة الشيخوخة. وإنما تبدأ ملامحه في سن مبكرة للفرد، حيث تميل مسافة الرؤية عند طفل العاشرة من العمر تدريجياً حتى سن الخمسين. مما يضطر العديد من الناس إلى استخدام نظارات طبية لتقديم طول النظر. هذا بالإضافة إلى أن عدسة العين تبدأ هي أيضاً في الهرم منذ سنوات الطفولة وتصبح أكثر عتامة وأقل مرونة في سنوات الرشد. وتتغير العدسة من حيث الشكل. فيؤدي إلى خفض قدرتها على التركيز البؤري. وتغيير في العضلات الهدبية Ciliary muscles ويعمل على خفض قابلية العدسة للتكيف. ولما كانت العدسة تمثل تركيباً قابلاً لأن يحدث به مناطق معتمة. فإنه من الصعب الاحتفاظ بشفافية العدسة مع التقدم في العمر. وهذا كله، يؤدي بالضرورة انقاص قطر انسان العين، وبطء استجابته للتغير في شدة الإضاءة. كما يحدث تدهور للمزحية Iris وتغلظ القرنية وتفقد بريقها وتصبح أقل شفافية. وضمور في الخلايا العصبية بالشبكية، وقصور في مدد الدم إليها. وكذلك، قصور تدريجي في التمييز الدقيق للألوان يسببه ما يصيب العدسة من اصفرار. ويصبح الإبصار بذلك، أكثر تحديداً. ويحدث فقدان تدريجي للمواد الدهنية الحجاجية Orbital fat الأمر الذي يؤدي إلى ضمور في مظهر العينين. وتصبح الجفون أكثر ارتخاءً بسبب حالة التوتر العضلي الذي يصيب المسن.

كما يبدأ التناقص في حاسة السمع لدى الإنسان تدريجياً خلال سنوات الرشد، وغالباً لا يتمكن الإنسان من ملاحظة ذلك. لأن معظم الأصوات تكون عادة فوق عتبة الاحساس. ومع التقدم في العمر فإنه يحدث ضمور في الأنسجة العصبية. ويكون القصور في السمع أكثر وضوحاً في الذكور منه لدى الإناث. ويزداد شدة في الأذن اليسرى عنه في الأذن اليمنى.

الإرشاد النفسي لكبار السن

ومع التقدم في العمر فإن قدرة الحواس في جسم الانسان تتجه نحو خفض القدرة فتدهور الاعصاب الحسية الخاصة بالشم والتذوق ويحدث تناقص في الحساسية بالحلاوة والملوحة. وفي عدد حلمات التذوق باللسان. وتعرض البصيلة الشمية Olfactory bulb المسؤولة عن احساس الشم في قاعدة المخ الى الضمور. وتعرض احساسات اللمس وادراك الحركة والذبذبات لنوع من الانحدار. كما يتأثر الادراك الحسي للحرارة بسبب ما يحدث من تغيرات في



الرواسب الدهنية وفي الاوعية الدموية. وتتناقص كفاية احساس الوضع والتوازن Vestibular sense فيشعر بالدوار نتيجة اضطرابات في الدورة الدموية. وربما تكون ايضا بسبب ما يحدث من ضعف في الواردات الحسية من العضلات والمفاصل. كما يؤدي القصور في الوضع والاتزان الى حوادث السقوط لدى المسن.

ويسبب تناقص مرونة غضاريف الحنجرة وتصلبها، خاصة عندما يصل الفرد الى سن الأربعين. وضمور عضلات الحنجرة في مراحل متقدمة من

العمر. كما تحدث تغيرات في الغشاء المخاطي لها. وارتفاع في طبقة الصوت. بحيث يصبح مع العمر اقل قوة، ومداه اكثر تحديدا. وتدهور القدرة على الغناء والخطابة ويصبح الكلام اكثر بطئا. ززويكثر حدوث التوقف خلال الكلام. وقد يطول هذا التوقف. وفي بعض حالات الشيخوخة قد يحدث اندغام الكلام Slurring عنده. اضافة الى ذلك العديد من التغيرات المرضية التي تصيب المسن بسبب ما يصيب المخ من تغيرات مرضية (ملحم، 2013).

(5) الجهاز الهضمي والبولي:

ويعد الجهاز الهضمي في جسم الانسان جهازا يتميز نسبيا بالقوة. وعدم حدوث قصور خطير نتيجة التقدم في العمر. ما عدا حالات الاصابة بالمرض. وتشير الدراسات الطبية هنا الى ان هضم المواد الدهنية يؤدي الى تكون دقيقات من الدهون في مجرى الدم تسمى Chylomicrons

وتتزايد هذه الدقيقات مع العمر ثم تعود الى مستواها القاعدي. الا انه مع التقدم في العمر فان معدل الامتصاص يبطيء كثيرا وتزداد درجة تركيز هذه الدقيقات الى مستوى عال. مما يزيد من احتمال تعرض المسن للأمراض التي ترتبط بالتمثيل الغذائي للمواد الدهنية للمسن.

ويعاني المسن من استجابات هضمية هزيلة. بالنظر الى معاناة المسن من قلة افراز اللعاب وضعف حاد في حواس الشم والتذوق. مما يضعف اقبال المسن على الطعام والى عملية الهضم. هذا بالإضافة الى العوامل النفسية التي تصيب المسن مع التقدم في العمر والتي تلعب دورا بارزا في الشهية للطعام والهضم.

وتتعرض اجهزة الكلية عند المسن لنوع من الضمور بسبب تدهور الاجزاء المكونة لها مثل الانسيبيات Tubuks يتم تعويض جزء من هذا التدهور عن طريق نمو خلوي مما يجعل القدرة الوظيفية للكلية لا تتناقص بشكل خطير حتى سنوات العمر المتأخرة للمسن. وقد يؤدي فقدان المسن قدرته على الضبط الارادي للتبول الى متاعب عديدة كما يحدث الامساك في مراحل متأخرة من العمر نتيجة لضعف في وظائف المعى في مراحل النمو السابقة. وعدم ممارسة النشاط أو عدم مناسبة الغذاء باحتوائه على ندرة في المواد الخشنة. أو بسبب نقص الفيتامينات، أو بسبب الأمراض التي قد يصاب بها المسن.

أما التمثيل الغذائي للإنسان فان المعيار القاعدي له يكافئ عادة المعدل الذي يستهلك به الإنسان الأكسجين في حالة الراحة. ويزداد هذا المعيار خلال بذل الجهد أو الانفعال. ويتناقص مع التقدم في العمر. هذا المعيار يعد المسؤول الرئيسي للتمثيل الغذائي في جسم المسن. والذي يحدث تناقصا في افرازات الغدة الدرقية. الا ان عددا من البحوث تشير الى ان السبب الرئيسي في ذلك هو تناقص في العدد الكلي للخلايا. وتناقص النشاط في المناطق الرئيسية من الجسم مثل الكبد والعضلات. وبالنسبة للحرارة والبرودة فان استجابة المسن للبرودة تكون ابطأ من استجابة الشخص الأصغر سنا. حيث تضعف العضلات الارادية لديه ويضعف منعكس الارتعاش لديه. مما يعرضه لانخفاض خطير في درجة حرارة جسمه تؤدي به الى حالة غير سوية بالنسبة للمسن. أما درجة الحرارة العالية لجسم المسن فيمكن خفضها عن طريق ايقاف أو ابطاء الجهد العضلي. ويمكن عن طريق عوامل التكيف من افراز للعرق وتمدد للأوعية الدموية السطحية. العمل على خفض درجة حرارة الجسم. لاحظ هنا ان المسن غير قادر على التعامل بصورة طبيعية لدرجات الحرارة العالية نسبيا.

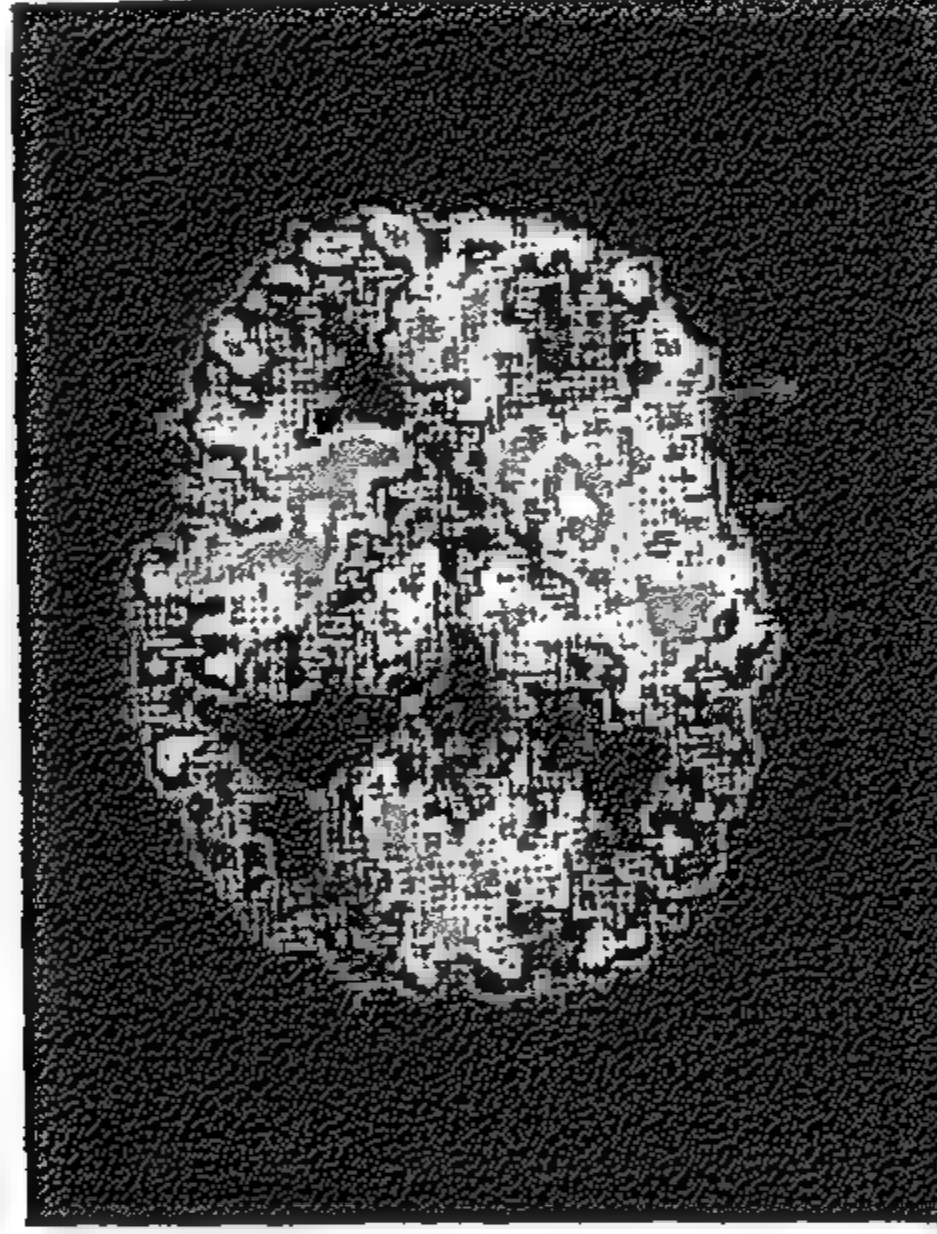
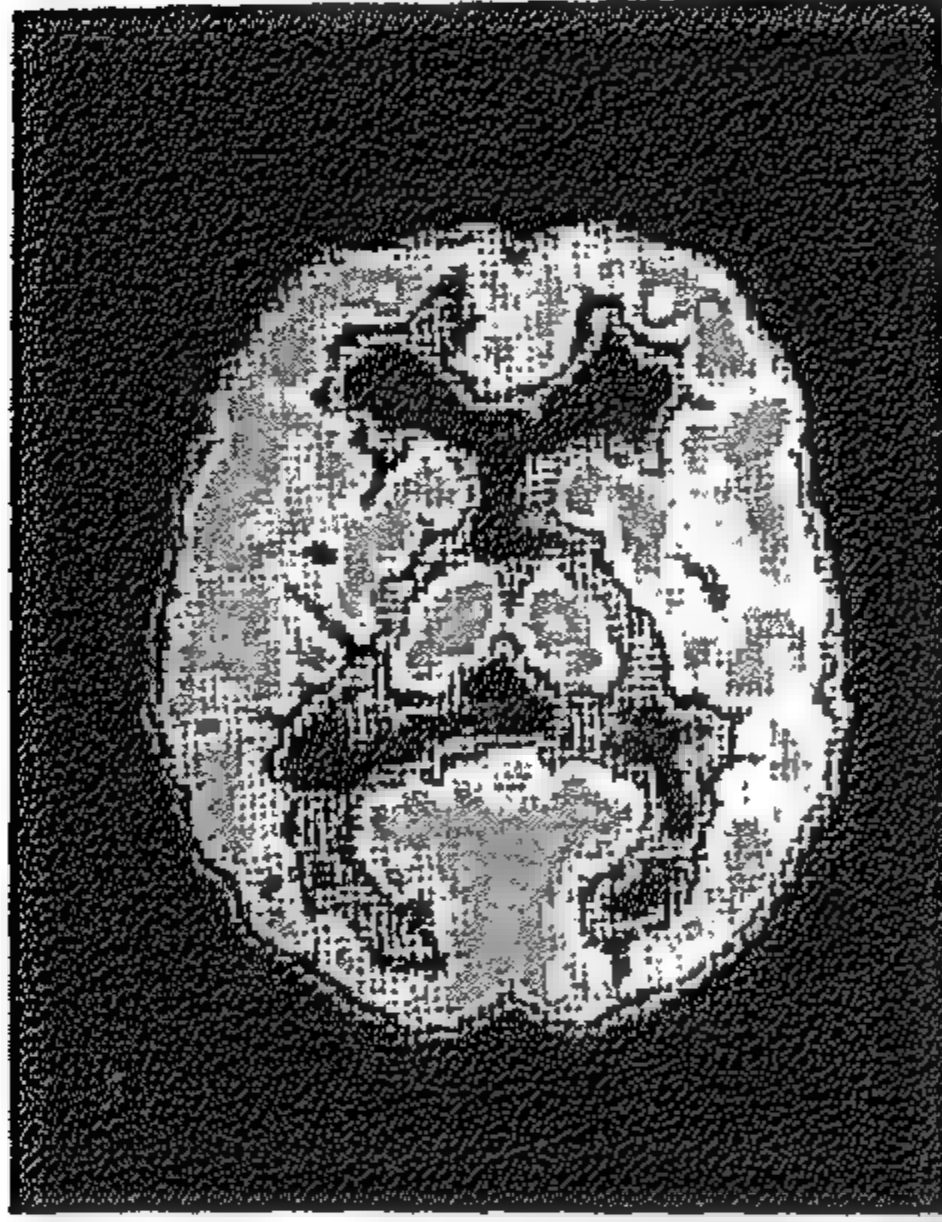
تمثل الشيخوخة فقداننا جوهرنا أو انحرافا سلبيا في القدرة الوظيفية مقارنة بمستويات الشباب الاسوياء. (Wright & Weiss, 2009) وهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية للفرد واضحة يمكن قياسها ولها آثارها على العمليات التوافقية. ففي

الإرشاد النفسي لكبار السن

سن الخامسة والستين من عمر الانساني ينتشر التلف الحسي والحركي. ويعانون من تدهور وظيفي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية. وهنا يبرز الفارق الجوهرى في تحول النمو الانساني في الاتجاه العكسي. فبينما كان النمو في المراحل السابقة يتجه نحو التحسن والترقي والتنمية بمعدلات مختلفة. فانه مع بدء الشيخوخة يبدأ التدهور بمعدلات بطيئة في البداية ثم يتسارع هذا المعدل تدريجيا حتى يصل الى أقصاه في طور الشيخوخة (أرذل العمر).

(6) الجهاز العصبي:

تكشف الدراسات والبحوث التي أجريت على الجهاز العصبي للانسان عن وجود نوع من المرونة في خصائص الجهاز العصبي كاستجابة توافقية للاحتياجات المتغيرة للانسان. وأن الالياف العصبية التي يتم تحويل مساراتها الى نهايات طرفية جديدة تتخذ نفس الخصائص المعينة واسلوب الاستجابة الخاص بالعضو الجديد الذي اصبحت تنتهي فيه.



وبالرغم من ان تجدد الالياف العصبية في الجهاز العصبي المركزي امر ممكن الا ان تلك القابلية تتضاءل مع التقدم في العمر. بحيث تأخذ تغيرات اخرى مكانها في الخلية العصبية في حالة

الشيخوخة. مثل الانكماش وتزايد الاصباغ وموت الخلية وتناقص مدد الدم والاكسجين للدماغ. كما يتناقص وزن المخ من 1400 غرام لدى الذكور و1250 للاثاث في سن العشرين الى حوالي 1250 غرام للذكور و1125 غرام للاثاث في سن الثمانين. ويتزايد هذا التناقص مع التقدم في العمر. ويشير الباحثون هنا ان مقياس المخ هذا ليس دقيقا لعدد الخلايا العصبية السليمة فيه. فالمحتوى المائي للمخ يزداد زيادة بسيطة في مرحلة الرشد. بينما الاحماض الامينية لا تتأثر مع التقدم في العمر بشكل واضح. ويبقى حامض الريبوز النووي RNA Ribonucleic acid ثابتا تقريبا خلال مرحلة الرشد ويتناقص في سنوات العمر الاخيرة، أما الحامض النووي الديكسي Deoxyribonucleic acid (DNA) ييوزي فيتزايد بشكل ضئيل.

هذا، وتشير الدراسات الخاصة بالتخطيط الكهربائي للدماغ (EEG) Electroencephalogram الى ان ترددات ألفا تتراوح ما بين 1 - 12 ذبذبة في الثانية، وان ترددات دلتا تراوحت بين 1 - 3 ذبذبة في الثانية. وترددات بيتا تراوحت بين 4 - 7 ذبذبات في

الثانية. وان جميع هذه الترددات تتباطأ مع التقدم في العمر. وأن كبار السن الذين يعانون من اضطرابات أو امراض في الاوعية الدموية يكشفون عن عدم سواء في التخطيط الكهربائي للدماغ بدرجات متفاوتة.

ويؤدي المرض وضمور المخ لدى كبار السن الى نتائج عدة: فتصبح شقوق المخ Fissures أكثر عمقا واتساعا، ويزداد حجم البطينات Ventricles وينتابها التشوه، ويتم افتقاد العديد من الخلايا، ويحدث تدهور في المخيخ Cerebellum وفي الاجزاء الداخلية للمخ، وتزداد الياف الخلايا الغرائية Gilia Cells التي تشكل التراكيب المساندة.

وتتدهور خلايا شيفان Schwann cells التي تغلف الالياف العصبية.

كما يؤدي تصلب الشرايين على المخ عن طريق خفض مدد الدم اليه الى: خفض كمية الاكسجين التي تصل المخ، وخفض توزيع المواد الغذائية للمخ والتخلص من الفضلات بما في ذلك ثاني اكسيد الكربون. وضمور او موت الخلايا العصبية. وامكانية حدوث نزيف دموي من احد الاوعية الدموية المتدهورة مما يؤدي الى حدوث تلف مخي وحالة الفالج Stroke. ويحدث ضمور للالياف العصبية وتغير في الشكل المورفولوجي. وتناقص في امدادات الدورة الدموية. وتزداد في الانسجة الرابطة. وتناقص المكونات الاساسية للخلية العصبية.

وتتأثر استجابة الجهاز العصبي للضغوط الانفعالية عند المسن. ويحدث خفض في الاستجابة الكلية للجهاز العصبي الذاتي Autonomic nervous system وما يصاحب ذلك من افرازات غدية، وخفض في مستوى الاستثارة الانفعالية. بحيث يصبح مزاج المسن أكثر تسطحا أو استواء.

أما القصور التدريجي الذي يحدث في اللحاء Cortex فيؤدي الى فقدان السيطرة على الاستجابة الانفعالية بحيث تصبح هذه الاستجابة أكثر بدائية. وترتبط بالمواقف العابرة مما يصعب على المرء التنبؤ بالسلوك الانفعالي للمسن. وتصبح الخبرة الانفعالية لدى المسن أقل ثباتا وتزول بزوال المنبه.

(7) الحياة الجنسية لدى الكبار

مما لا شك فيه ان تأثير السن على الحياة الجنسية يظهر واضحا لدى الفرد. كما تتداخل عوامل عديدة في الحياة الجنسية للفرد. فالاستجابة الجنسية للرجل تتضاءل مع التقدم في العمر. وكذلك المرأة.

يمكن تقسيم الوظائف التناسلية للذكر الى ثلاث قطاعات رئيسية هي:

- تكوين الحيوانات المنوية Spermatogenesis.
- أداء الفعل الجنسي الذكري.
- تنظيم الوظائف الجنسية الذكرية من خلال الهرمونات المختلفة.

وتفرز الخصيتان هرمونان هما: هرمون الاندروستون D – androstene، وهرمون التستوستيرون Testosterone. وهذان الهرمونان يتكونان في خلايا ليديج التخللية Interstitial cells of leyding والتي تقع بين الانبيبات حاملة البذور Seminiferous tubules ويمكن اعتبار ان هرمون التستوستيرون هو الهرمون الوحيد المسؤول عن تأثير الذكورة الهرمونية التي تحدثها الخصيتان. بالرغم من وجود هرمونات أخرى للذكورة (Androgens) تفرز من مناطق أخرى بالجسم بالإضافة الى الخصيتين. فالغدة الأدرنالية مثلا تفرز خمسة هرمونات على الأقل من الاندروجين. وان كانت كمية هذه الهرمونات قليلة. كما يتم افراز كمية قليلة من هرمونات الانوثة (استروجين Estrogens) في الذكر. ولا زالت مشكلة انتاج هذه الهرمونات غامضة لدى العلماء.

وهرمون التستوسترون Testosterone هو المسؤول بصفة عامة عن الخصائص المميزة لجسم الذكر. ولا يتم افراز هذا الهرمون خلال مرحلة الطفولة حتى سن 10 – 12 سنة تقريبا. وتزداد سرعة انتاج هذا الهرمون عند البلوغ. ويستمر تقريبا حتى بقية العمر. لكنه يتضاءل بسرعة بعد سن الأربعين ويصل الى ادنى مداه في سن الثمانين. وتسبب افرازات التستوستيرون عقب البلوغ تضخم العضو الذكري والصفق والخصيتين عدة مرات حتى سن العشرين. ويعمل التستوستيرون على نمو الخصائص الجنسية الثانوية منذ البلوغ وحتى نهاية النضج. والتي تميز الذكر عن الأنثى. ومن بين اهم هذه الخصائص عند الذكر هو ما يحدث من نمو الجهاز العضلي عقب البلوغ. ويكون هذا مصحوبا بتوازن نيتروجيني ايجابي يعزى الى نوع من التأثير الذي يمارسه التستوستيرون على بناء البروتينات وكثير من التغيرات في الجلد التي يحدثها في الاغلب ترسيب البروتينات في الجلد. كما يمكن ان يرجع ما يحدث من تغيرات في الصوت الى دور التستوستيرون في الاحتفاظ بالنيتروجين. ولهذا فان العديد من الباحثين يسمون هذا الهرمون بهرمون الشباب. بسبب تأثيره على الجهاز العضلي. ولذلك، فانه يستخدم في كثير من الحالات في علاج الاشخاص الذين تمت عضلاتهم نموا ضعيف.

وعقب البلوغ تفرز الغدة النخامية للذكر الهرمون الحافز للغدة الجنسية Gonadotropic hormone حتى نهاية العمر. كما يستمر تكوين الحيوانات المنوية حتى

الوفاة. ومع ذلك فالوظائف الجنسية تبدأ في التناقص ابتداء من سن الأربعين يقابله في ذلك توقف الدورة الشهرية عند الإناث. ويسمى تناقص الوظائف الجنسية عند الذكور بسن اليأس الذكري The make climacteric ويكون مصحوبا في الغالب باعراض من ومضات من الحرارة والشعور بالاختناق Suffocation واضطرابات نفسية شبيهة باعراض سن اليأس عند الإناث.

وتتميز الحياة الجنسية السوية للإناث بتغيرات إيقاعية شهرية في معدلات إفراز الهرمونات الجنسية وما يتبع ذلك من تغيرات في الأعضاء الجنسية ذاتها. وهذا ما يسمى بالدورة الجنسية الأنثوية. حيث تبلغ مدة الدورة الشهرية 28 يوما في المتوسط. وقد تتراوح مدتها بين 20 - 45 يوما عند بعض النساء. وتكون في هذه الحالة مصحوبة بتناقص في الخصوبة.

ينتج عن الدورة الجنسية الأنثوية عادة تحرر بويضة واحدة من المبيضين كل شهر. بحيث أن جنينا واحدا فقط يمكن أن ينمو في المرة الواحدة. ويتم أعداد الغلاف المبطن لغرس البويضة الملقحة في زمن محدد من الدورة. كما تعتمد الدورة الجنسية اعتمادا تاما على الهرمونات الحافزة للغدد الجنسية Gonadotropic hormones التي يفرزها الفص المقدمي من الغدة النخامية Adenohy pophesis فالمبيضان اللذان لا يتم تنبيههما بواسطة الهرمونات الحافزة للغدد الجنسية يظلان غير نشيطين تماما كما هو الحال في مرحلة الطفولة حيث لا توجد هذه الإفرازات الهرمونية تقريبا. أما الهرمونات الجنسية الأنثوية فهي هرمونات الاستروجين Estrogens والبروجستيرون Progesterone

تعمل هرمونات الاستروجين على تنشيط ما يتم من التحويلات التي تحدث لخلايا معينة في الجسم. وتكون مسؤولة عن نمو الأعضاء الجنسية ومعظم الخصائص الجنسية الثانوية للإناث. وتعمل على أحداث زيادة في النشاط الخاص ببناء العظام Osteoblastic activity كما أن له تأثير على نمو الهيكل العظمي بحيث يعمل على التئام العظام الطويلة. وهذا التأثير لدى الإناث يكون أقوى بكثير من التأثير الذي يحدثه التستوستيرون في الذكور. ولذلك، فإن نمو الإناث عادة ما يتوقف في وقت مبكر قبل الذكر بعدة سنوات. وتشير البحوث هنا إلى أن الإناث التي يتم استئصال المبيض لديها ولا يحدث بها إنتاج لهرمونات الاستروجين. يزداد نمو طولها عدة بوصات من الأنثى الناضجة السوية. لأن العظام الطويلة لا تلتئم في وقت مبكر تحت تأثير هرمونات الاستروجين.

وتعمل هرمونات الاستروجين على زيادة كمية البروتين الكلي في الجسم. كما تزيد هرمونات الاستروجين من معدل التمثيل الغذائي بشكل طفيف. كما تعمل على زيادة كميات

الإرشاد النفسي لكبار السن

الدهون المختزنة في الأنسجة تحت الجلدية. ونتيجة لذلك فإن الكثافة الخاصة لجسم الأنثى تكون أقل بكثير من الكثافة الخاصة لجسم الذكر الذي يحتوي بروتينا أكثر وديناميات أقل.

وبالإضافة إلى ترسب الدهون في الثديين والأنسجة تحت الجلدية. فإن هرمونات الاستروجين تحدث ترسبا ملموسا للدهنيات في الفخذين والعجز مما يؤدي إلى زيادة عرض الحوض. وهو من خصائص الشكل الأنثوي. ويجعل الاستروجين الجلد ناعم الملمس طريا وأكثر سمكا وأكثر احتواء على الأوعية الدموية. يصاحبه زيادة في دفء الجلد.

أما البروجستيرون فيهتم بالأعداد النهائي للرحم بغرض الحمل. أو أعداد الثديين للرضاعة.

وعند حوالي سن 45 - 50 سنة تصبح الدورة الجنسية غير منتظمة ولا تحدث عملية الإباضة Ovulation خلال العديد من تلك الدورات. حتى تتوقف الدورة بعد سنوات قليلة. بسبب استهلاك المبيضين (احتراق المبيضين) ومع ذلك فإن هرمونات الاستروجين تظل تفرز بكميات قليلة ولمدة قصيرة بعد الدورة الجنسية. إلى أن يهبط إنتاج المبيضين من هرمونات الاستروجين إلى الصفر تقريبا.

يعتبر سن اليأس عند الأنثى The female climacteric الزمن الكلي الذي قد يستمر من عدة شهور إلى عدة سنوات والذي تصبح خلاله الدورة الجنسية غير منتظمة. ثم تتوقف تدريجيا. وعلى المرأة عندئذ أن تعيد تكيف حياتها. حيث يؤدي فقدان هرمونات الاستروجين إلى حدوث تغيرات فيزيولوجية ملموسة في وظائف الجسم تتضمن ومضات من الأسخونة تتميز بتوردها الجلد. وسهولة الاستثارة وسرعة التعب والقلق.

وعقب توقف الدورة الجنسية عند المرأة. فإن مستوى ما تفرزه الغدة النخامية من الهرمون الحافز للغدة الجنسية Gonadotrophin يرتفع بحدّة. ويشير الباحثون في هذا الصدد إلى أن ذلك يمثل محاولة الغدة النخامية لإعادة عمل مبيض غير مستجيب قد أصابته الشيخوخة.

لقد قام عدد من علماء الشيخوخة بإجراء سلسلة من التجارب لمحاولة إزالة نتائج الشيخوخة عن طريق علاج تعويض بالهرمونات. لكنهم حققوا نجاحات ضئيلة في هذا المجال. فبعض التغيرات التركيبية في الغدد الصماء المسنة تماثل التغيرات التركيبية التي تتبع استئصال الغدد الجنسية. ويمكن التخلص من بعض هذه التغيرات بعلاج الكائن بالهرمونات الجنسية في بعض الحالات.

ووفقا للدراسات التي قام بها كنزي Kinsey فإن قمة الحياة الجنسية هي في مرحلة المراهقة حيث تصل تكرارات النشاط الجنسي إلى أعلى معدل لها. ثم تتناقص بانتظام بعد ذلك.

حيث تهبط بشكل خطي تقريبا حتى سن الستين. ويرى ماسترز وجونسون Masters & Johnson أنه مع التقدم في العمر وخاصة بعد سن الستين. يكون هناك بطء في المراحل الأساسية التي تشكل الفعل الجنسي. كما يكون هناك تزايد في طول الفترة الزمنية اللازمة لكي يكون المرء مستعدا مرة أخرى لمعاودة الاتصال الجنسي والتي تسمى فترة المقاومة أو المعاندة Refractory period كما ان اللذة النفسية المشتقة من عملية الانتهاء من الفعل الجنسي قد تصبح معاقة. ويرى ماسترز وجونسون ان احد العوامل الهامة في تحديد طبيعة النشاط الجنسي للمسنين هي الظروف البيئية التي يعيشها الذكر خلال سنوات تشكيله جنسيا. اذ عندما يتاح للذكر مستوى عال من التعبير الجنسي خلال سنوات عمره المبكرة. فانه سوف يحتفظ بمستوى عال من النشاط الجنسي في أواسط العمر وسنوات عمره المتقدمة. وبناء عليه، فان معدلات النشاط الجنسي العالية في سنوات العمر المبكرة ترتبط بمعدلات عالية في سنوات العمر المتقدمة.

هذا، وقد اشارت نتائج البحوث المتعلقة بالنشاط الجنسي للمسن. (Patrick, et al., 2001) أن اي مرض جسدي يسبب الضعف او السقم يمكن ان يتدخل في النشاط الجنسي. وأن الضعف الجنسي غالبا ما يصاحب مرض السكر Diabetes melitus وان فقدان القدرة الجنسية Impotence يمثل أحد الاعراض المبكرة لمرض السكر. ويقال ان القدرة الجنسية تستعاد عادة عندما يتم السيطرة على مرض السكر.

وبالنسبة للإناث، فبالرغم من احتفاظ المرأة بنشاطها الجنسي بصورة أو بأخرى. الا انها تمر بخبرة تكون مؤشرا واضحا على توقف قدرتها على انجاب الاطفال. ويعتبر توقف الدورة الجنسية بمثابة حدث مزعج يؤدي الى الاكتئاب. وكذلك، فان تناقص القدرة الجنسية لدى كل من الرجل والمرأة. وتغير في المظهر لديهما يمكن ان يثر مشكلات خطيرة. وغالبا ما ينزعج الرجال باعتبار ان قدرتهم الجنسية تمثل بالنسبة لهم رمزا للذكورة. أما المرأة فان فقدان جاذبيتها الجنسية قد تهدد مشاعرهما بالامن في علاقاتها الزوجية. وان كانت ترحب بتناقص الاهتمام الجنسي لدى شريكها.

رابعاً: التغيرات المعرفية المصاحبة للكبر:

(4 - 1) القدرات العقلية:

ومع التقدم في العمر يحدث تدهور في قدرات معينة عند الشخص. دون ان يصبح المسن بالضرورة عبئا اجتماعيا. فقد يعاني من صعوبة في تذكر اسماء ووجوه جديدة على سبيل المثال. لكن هذا الامر لا يشكل بحد ذاته عاقبة للاستمرار في حياة اجتماعية ناجحة. ويكون قادرا على ادارة شؤون منزله او مصالحه الاقتصادية. ويكون تأثير السن ملحوظا بصفة خاصة في مجال

الإرشاد النفسي لكبار السن

السرعة (مثل زمن الرجوع Reaction time) فتتدهور قدرة المسن على التعامل مع الكلمات بشكل تدريجي.

وهناك العديد من التغيرات التي تطرأ على الفرد عند دخوله مرحلة الشيخوخة. وربما يكون قبل ذلك أيضا. مع وجود تباين واضح للتغير من شخص لآخر. ذلك ان الكثيرين من المسنين يمكنهم الاستمرار في حياتهم الاقتصادية والمهنية والاجتماعية وممارسة نشاطاتهم السابقة بينما نرى آخرين وقد تركت الشيخوخة بصماتها عليهم بشكل واضح وجلي. ومن الخصائص العقلية التي يمكن ان تتأثر بالشيخوخة ما هو متعلق بالقدرة على التفكير المجرد، والقدرة على التصرف في المواقف الجديدة. وتشير الدراسات المتعلقة بهذا الجانب ان الوظائف العقلية للفرد تنحدر تدريجيا من العقد الثالث من العمر حتى العقد السادس منه. ثم تنحدر بشكل حاد بعد ذلك. ويرى وكسلر Wechsler ان الانحدار في القدرات العقلية يبدأ في ان يكون مستويا في معظم الاحوال عند حوالي سن 18 ثم يتزايد مع التقدم في العمر حتى سن 20 - 25 وبعد ذلك العمر تبدأ كل درجات الاختبارات في الانحدار. ويكون الانحدار في بادئ الامر بطيئا الا انه يأخذ في الوضوح بشكل متزايد بعد سن الثلاثين.

1) التدهور العقلي في الشيخوخة:

من المعروف انه مع التقدم في العمر يحدث تدهور في قدرات معينة عند الشخص. دون ان يصبح المسن بالضرورة عبئا اجتماعيا. فقد يعاني من صعوبة في تذكر اسماء ووجوه جديدة على سبيل المثال. لكن هذا الامر لا يشكل بحد ذاته عاقبة للاستمرار في حياة اجتماعية ناجحة. ويكون قادرا على ادارة شؤون منزله او مصالحه الاقتصادية. ويكون تأثير السن ملحوظا بصفة خاصة في مجال السرعة (مثل زمن الرجوع Reaction time) فتتدهور قدرة المسن على التعامل مع الكلمات بشكل تدريجي ويكشف أداء المسن على الاختبارات التي تتطلب استخداما لما تعلمه في الماضي عن تدهور أقل من تلك الاختبارات التي تتطلب عامل السرعة وعمليات تعلم جديدة والادراك الحسي لعلاقات جديدة في مضمون لفظي او مكاني. وقد صمم وكسلر مجموعة من اجزاء الاختبارات اسمها Hold tests لا تتأثر بعامل السن مثل: المفردات، والمعلومات، وتجميع الاشياء، وتكملة الصور. ومجموعة أخرى أطلق عليها Don't hold tests تكشف عن تدهور في الاداء عليها بشكل واضح نسبيا مع التقدم في العمر. مثل مدى ذاكرة الارقام، والمتماثلات، ورموز الارقام، وتصميم المكعبات. ويحسب معامل التدهور في اختبار وكسلر بطرح مجموع الدرجات الموزونة على الاختبارات التي تتأثر بعامل السن من مجموع الدرجات الموزونة على الاختبارات التي لا تتأثر بعامل السن. هذا، وقد تم تصميم اختبارات عديدة تستخدم كأدوات اكلينيكية لقياس القصور العقلي عند المسن وكمؤشرات على قيام حالة من التلف العضوي بالمخ. منها:

- اختبار Babcock – Levy وهو اختبار يعتمد على الدرجات التي يحصل عليها المريض على اختبار المفردات في مقياس ستانفورد – بينيه باعتباره يمثل القدرة العقلية السابقة للمس.
- اختبار Hunt – Minisota test وهو اختبار يستخدم المفردات في مقياس ستانفورد – بينيه كإطار لتقييم أداء المريض على ستة اختبارات للذاكرة.
- اختبار Goldstein and Scherers وهو اختبار يقوم على أساس تكوين المفاهيم ويعتمد بشكل أكثر على الأساليب التي يستخدمها المخصوص في أدائه للاختبار عن اعتماده على النتيجة النهائية للأداء. يتكون هذا الاختبار من مجموعة اختبارات هي: اختبار المكعبات The cube test، واختبار تصنيف الألوان Color sorting test واختبار فرز الأشياء The object – sorting test واختبار فرز الألوان The color – sorting test واختبار العصي The Goldstein – Schere stick test.

(2) خبل الشيخوخة وتأثير التلف البؤري:

يعرف الخبل Dementia بأنه تدهور للوظائف العقلية قد اتخذ صفة الثبات والاستقرار بسبب تلف عضوي بالدماغ. والمظهر العام للعتة يتفاوت من فرد لآخر وفقا للشخصية السابقة على المرض. كما يتفاوت وفقا للعمر الذي بدأ عنده المرض.

وفي حالات التدهور العقلي لخبل الشيخوخة فإن مظاهر كل صور القصور كاضطراب وظائف الكلام Dysphasia، وفقدان الذاكرة Amnesia والابراكسيا يمكن أن تكون قائمة في حالات خبل الشيخوخة. وفي مثل تلك الحالة فإن الكفاية العقلية تتأثر بكثير من الأمراض الوظيفية مع التقدم في العمر. كما تكون الشيخوخة مصحوبة ببدء حالة من الاكتئاب أو البارانويا. ويكون التمييز بين ما تحدثه تلك الاضطرابات الوظيفية، وبين ما يحدثه التلف العضوي في المخ أمر صعب. كما أن هناك مظاهر عديدة للقصور العقلي يمكن أن تجعل الإنسان غير قادر على التعويض عما يعانيه من فقدان لوظائف عقلية خاصة مما تؤدي بالضرورة إلى حالة من التدهور العقلي العام. وهذه المظاهر هي:

1. المثابرة أو الثبات والاستمرار Perseveration:

في هذه الحالة يكرر المريض استجابة ملائمة لمنبه معين كاستجابة لمنبه قال. حتى وإن كانت تلك الاستجابة لا تتناسب مع المنبه التالي.

2. النمطية Stereotypy:

يرتبط بظاهرة المثابرة ظاهرة عدم القدرة على تغيير المفاهيم وبمعنى آخر ظاهرة النمطية. وهذه الظاهرة تحدث في المواقف التي يكون على المريض فيها ان يصنف الاشياء بطرق شتى. وما ان يحقق صيغة من صيغ التصنيف فانه لا يستطيع ان يتبنى صيغة أخرى.

3. العيانية Concreteness:

وفي هذه الظاهرة يستجيب لكل المنبهات كما لو كانت تقوم فقط في المحيط الذي قدمت فيه ولا يمكن تجريدها عن بيئتها، او تجريد صفاتها عنها. ولا يستطيع المسن تعريف الكلمة مثلا بشكل تام لأنها تفشل في استدعاء كلمة أخرى. فتعريف كلمة سرير مثلا هو: نعم انه سرير. مجرد سرير تنام عليه.

4. التشوش Perplexity:

التشوش مظهر آخر من مظاهر القصور العقلي العام الذي يرجع الى اصول عضوية. فعندما يواجه المريض موقفا لا يمكنه تناوله فانه يحاول الهرب منه عن طريق الانشغال بأفعال منفصلة عن الموقف. وعلى سبيل المثال، فانه عندما يفشل في تسمية صورة عرضت عليه. يقوم بتقبلها وينظر الى ظهرها. واذا ما تم تقديم شيء لا يستطيع التعرف عليه، فانه يضعه في جيبه.

5. استجابة النكبة او المصيبة The catatrophic reaction:

استجابة النكبة او المصيبة استجابة انفعالية حادة مصحوبة بمكونات من نشاط الجهاز العصبي الذاتي Autonomic nervous system مثل العرق واحمرار الوجه والصياح وعدم الاستقرار.

(4 - 2) اضطرابات الوعي:

يرتبط الوعي Consciousness عادة بالنشاط الذي يحدث داخل دماغ الانسان. وهو ما يحدث من تغير في السلوك يتلو التنبيه الحسي. وللوعي عدة مستويات تميل الى التداخل في بعضها البعض ومن الصعب تحديد الانتقال من مستوى الى مستوى آخر. وهذه المستويات هي:

- نشاط منعكس بسيط.
- حركات غير هادفة.
- حركات هادفة دون اي كلام او فهم للكلام.
- حركات غير مستقرة وقدرة على نطق كلمات او جمل قليلة غالبا بشكل انفجاري.

- كلام وحركة لا يحكمها اي كف. مع ادراك للزمان والمكان والاشخاص وفقدان الذاكرة للأحداث الجارية.
- ادراك مكامل وتهذيب اجتماعي.

وخلال عودة حالة الوعي تستعاد القدرة على ادراك الزمان والمكان والاشخاص قبل استعادة القدرة على تذكر الاحداث القريبة. ونادرا ما يحدث فقدان للوعي وما يصاحبه من فقدان للذاكرة في اصابات الدماغ التي لا تسببها تغيرات فجائية عنيفة في الاتجاه. وفي حالة فقدان الوعي فانه لا يمكن استثارة المريض استثارة تامة بواسطة منبهات خارجية. لكن هذا الامر ممكن في حالة عدم اليقظة. مما يوضح التمايز الذي يحدث بين حالتين فقدان الوعي Unconsciousness وعدم اليقظة Unwakefulness. كما ان هناك فروقا واضحة ما بين فقدان الوعي في حالات الغيبوبة وبين حالات النوم. فخلال النوم الطبيعي نجد ان الاعصاب الحسية تستقبل بصفة مستمرة المعلومات الواردة. حيث يعمل المخ على التقاط ما هو هام من هذه الواردات ويتخلى عن غير الهام منها. أما في حالة الغيبوبة فان المريض لا يستجيب الا للمنبهات القوية فقط. ولا تتعدى تلك الاستجابات اكثر من مجرد حركات للأطراف من نوع المنعكس Reflex.

وهناك عدد من الخصائص السلوكية التي يمكن التعرف عليها خلال حدوث نوع من التغير أو الخفض في حالة الوعي من ابرزها: فقدان الانتباه والتيقظ، وتغير في القدرات العقلية. وفقدان القدرة على الاحتفاظ. واضطرابات المزاج.

(4 - 3) اضطرابات الوجدان:

التذبذب في الحالة الوجدانية وفقا لما يحدث من تغيرات فيزيولوجية ونفسية يعد امرا طبيعيا بل وربما يكون امرا حيويا. وعندما لا يعكس المزاج هذه التغيرات بأن يظل ثابتا اما على مستوى عال جدا كما هو الحال في الهوس. او على مستوى منخفض جدا كما هو الحال في الاكتئاب. او عندما يفشل في التحرك اي يصبح المزاج مسطحا فان الحالة الوجدانية هنا يشار اليها بأنها غير سوية.

ويعتبر التخلف النفسي الحركي واحدا من ابرز مصاحبات حالات الاكتئاب حيث يحدث بطء في زمن الرجوع. وعزوف عن الفعل وندرة فيما يتم من افعال. كما ان من المصاحبات الشائعة للتغير في الحالة الوجدانية سواء في اتجاه الارتفاع (الهوس) أو في اتجاه الانخفاض (الارق) حدوث الارق وفقدان الشهية وتناقص الدافع الجنسي. وقيام ظاهرة التباين اليومي Diurnal rhythm حيث تتحسن حالة المريض نحو المساء.

الإرشاد النفسي لكبار السن

والإنسان المكتئب لا يستشعر بالحزن فقط. وإنما يصيب هذا الحزن استجاباته للأحداث المختلفة وبخاصة تلك الاستجابات المرتبطة بنظرته لنفسه ولأفعاله: فقد يشعر بعدم احقية لوضعه الحالي ولما هو محيط به، وقد يشعر بأنه مسؤول عن أخطاء الآخرين. وينفس الشكل فإن الشخص الذي يعاني من الهوس فإنه يعكس مشاعره بالاستخفاف وحسن الحال والسعادة على كل أفعاله.

(4 - 4) اضطرابات الذاكرة The dysmnesic syndrome:

يعد اضطراب الذاكرة مرض شائع من امراض الدماغ. وتحدث كعرض عابر في العديد من الامراض التي تصيب الدماغ. مثل الشلل العام وتصلب شرايين المخ Cerebral arteriosclerosis والورم والتهاب الدماغ Encephalities واصابات الدماغ وغير ذلك. كما تشكل جزءا من حالة من الاضطراب الوظيفي للمخ. والتي تبدو في شكل قصور عقلي وهذيان وسبات او غيبوبة.

وتتم عملية التذكر في ثلاث مراحل هي: التسجيل Registration، والاحتفاظ Retention، والاستدعاء أو التعرف Recall ولكن عندما تكون هناك مشكلات في التذكر. فإنه يصبح من الصعب ان نقرر في اي مرحلة من هذه المراحل الثلاث حدث هذا القصور.

وينظر الاكاديميون الى نواحي القصور في الذاكرة من جهتين هما:

(1) فقدان ذاكرة لاحق Anterograde amnesia:

نعني بفقدان الذاكرة اللاحق: صعوبة تعلم مهارات جديدة وصعوبة الاحتفاظ بأحداث وقعت بعد بدء حالة فقدان الذاكرة. وقد اشار كورساكوف Korsakov الى هذه الحالة بفقدان الشخص لأدراك الزمان والمكان والأشخاص مصحوبا بخلط وعدم قدرة على الاحتفاظ بالمعلومات. وغالبا ما يعاني المدمنون على المشروبات الكحولية والمرضى المصابون بأورام تتضمن البطين الثالث Third ventricular والمرضى الذين يعانون من التهاب السحايا الدرني Tuberculous meningitis من هذه الحالة.

ويمكن تصنيف فقدان الذاكرة اللاحق الى مجموعتين هما:

1. التعلم:

فقد لوحظ ان بعض مرضى المستشفيات ممن يعانون من فقدان مزمن للذاكرة ينكرون انهم كانوا في اجنحة المستشفى لأكثر من بضع ساعات. ومع هذا، فإنهم يسلكون كما لو كانوا يعرفون بالضبط اين هم ذاهبون اليه وما يتوقعونه هناك. وإذا ما طلب منهم ان يذهبوا الى فراشهم فإنهم يفعلون ذلك دون الوقوع في أي خطأ.

2. التذكر:

فالتغيرات الرئيسية التي تحدث للذاكرة مع مرور الزمن هي:

- **الاحلال أو الازاحة في الزمان والمكان Displacement in time and place:** فقد يتذكر الشخص انه قد زار مكانا معيناً او قابل شخصا ما. لكن من الصعب ان يقرر متى تم ذلك وأين كان ذلك بالضبط.
- **الاسترجاع الجزئي Partial recollection:** فالشخص قد يتذكر بعضاً من حدث او مشهد وليس الحدث كله او المشهد كله.
- **التحريف Distortion:** حيث يميل الشخص عند تذكره لحدث او منبه معين ان يحرف منه.
- **التكثيف Condensation:** ذلك ان اجزاء من الخبرة الاصلية قد تترك كما هي. في حين يتم تغيير اجزاء اخرى. الى ان يتم تكثيف الخبرة الكلية في وحدة صغيرة ذات معنى.
- **الاغلاق Closure:** فقد تضاف اجزاء الى صيغة غير كاملة لكي تصبح مناسبة لأن تكون مقياساً للحكم.

(2) فقدان ذاكرة سابق (تقهقر) Retrograde amnesia:

يمثل فقدان الذاكرة السابق صعوبة في استدعاء احداث سابقة على بدء حالة فقدان الذاكرة ويشتمل على الجوانب الرئيسية التالية:

- **فقدان الذاكرة السابق في حالة الأميزيا المزمنة:** فالمرضى الذين يعانون من اضطراب عضوي في الذاكرة غالباً ما يجدون صعوبة في تذكر الاحداث التي تسبق بدء حالة فقدان الذاكرة.
- **فقدان الذاكرة السابق عقب ارتجاج المخ في اصابات المخ:** وهذا لا يصاحب فقط الحالات المزمنة الثابتة. بل ان ثغرة في الاحداث الماضية قد يظل يعاني منها المرضى الذين تعرضوا لاصابات الدماغ ويستمر ذلك لمدة طويلة عقب تحسن كل الوظائف العقلية الأخرى. ذلك ان درجة فقدان الذاكرة تتفاوت تفاوتاً كبيراً وفقاً لمراحل المرض المختلفة.

هذا، وقد اشارت البحوث المتعلقة باضطرابات الذاكرة الى انه عندما يصل فقدان الذاكرة الى مرحلته الثابتة فان هناك درجة من بقايا قصور في الذاكرة خلال فقدان الذاكرة السابقة (التقهقرية) للخبرات الحديثة التي تسبق اصابة الدماغ. ويأخذ هذا القصور شكل ثغرة في الذاكرة، أو استرجاع غير دقيق وغير واضح أو اخطاء في تقدير الزمن. وكلما زادت درجة اصابة الدماغ شدة. كلما كان هناك احتمال بحدوث بقايا من قصور الذاكرة.

(4 - 5) اضطرابات الادراك الحسي:

عند حدوث تلف دماغي للشخص فان كثيرا من اضطرابات الادراك الحسي مصحوبة بقصور حسي تحدث لديه. وقد تحدث هذه الاضطرابات أيضا في حالة اداء الحواس لوظائفها كاملة.

وهناك انواع عديدة من اضطرابات الادراك الحسي من ابرزها: العمى البصري، والعمى السمعي، والعمى اللمسي، وآخر خاص بالاحساسات الباطنية (العضلية الوثرية المفصالية الاتزانة).

(4 - 6) اضطرابات المهارات الحركية:



غالبا ما تصاحب اضطرابات المهارات الحركية التلف المخي والتي ترتبط أيضا بكل من اضطرابات خاصة بالكلام والقراءة والكتابة. فنلاحظ على المريض عدم افتقاده كثيرا للقدرة على حركة ساقيه او السيطرة عليها. وانما يبدو أنه قد نسي كيف يؤدي افعالا معينة. فاذا طلب منه مثلا ان يلمس أنفه فقد يلمس بدلا منه قمة رأسه أو أذنيه. وهم في حركتهم هذه يتعرفون على العجز الذي يصيبهم في قدرتهم على

الأداء السليم لتلك الافعال. فيهزون رؤوسهم في حيرة من أمرهم. وعادة ما يواكب حيرتهم تلك حالات انفعالية معينة. ويقسم اسماعيل (2001) اضطرابات المهارات الحركية الى ثلاثة أنماط هي (Roediger III, 2007):

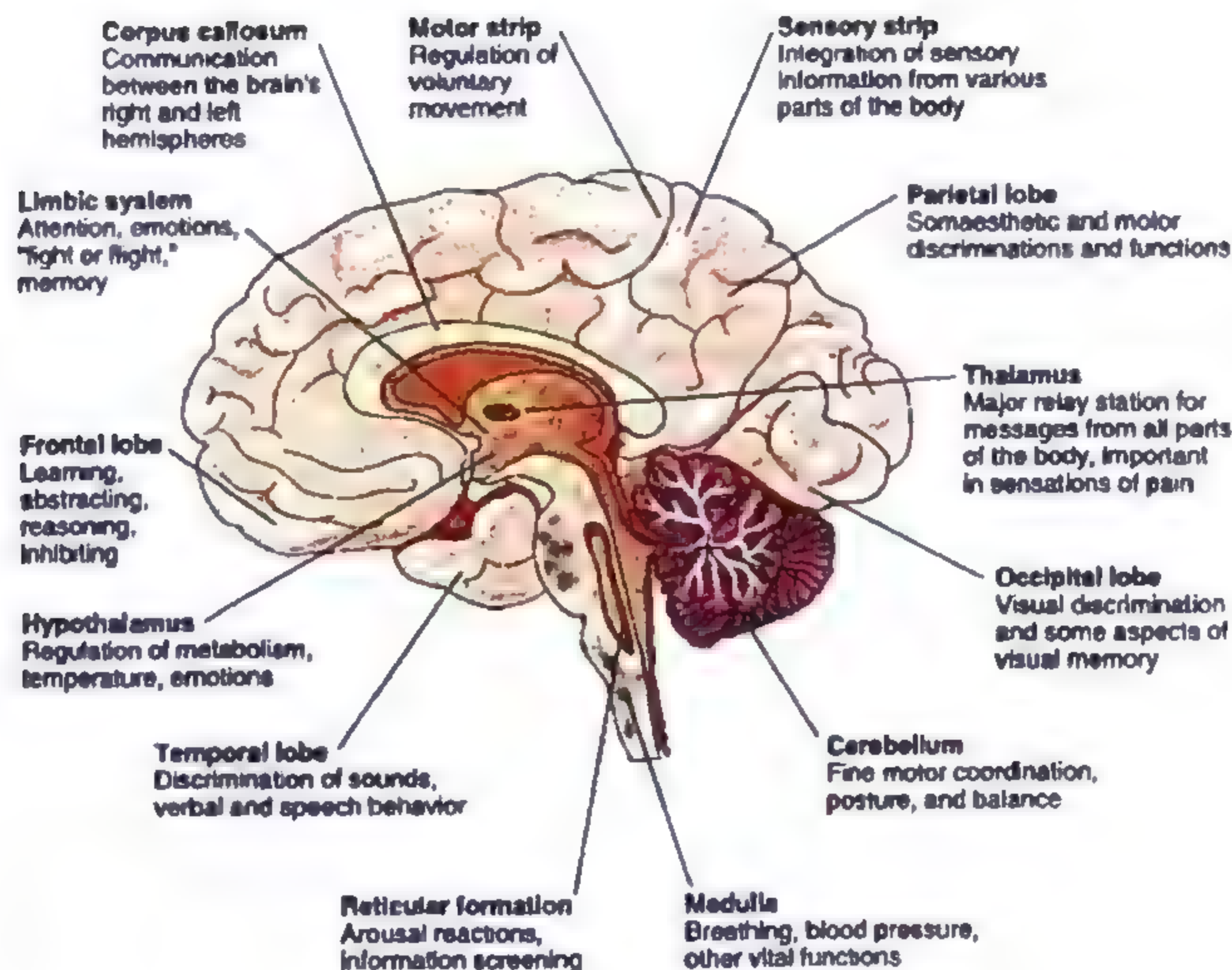
1. الأراكسيا الذهنية الحركية **Ideomotor apraxia**: ويشير الى الانفصال ما بين الفكرة الخاصة بحركة ما وبين القدرة على تنفيذها. وقد يمتد هذا النمط الى كل مهام الحياة اليومية.
2. ابراكسيا ارتداء الملابس **Dressing apraxia**: ويشير هذا النمط الى العجز في تنفيذ المهارات الحركية الخاصة بارتداء الملابس. ويعتبر هذا الاضطراب من اكثر صور الابراكسيا وضوحا والذي يجذب انتباه الملاحظ باعتباره عرضا منفصلا.

3. الأبراكسيا التركيبية **Constructional apraxia**: ويشير هذا النمط الى عجز المريض عن تنفيذ المهارات التي كان قد اكتسبها ومارسها في فترة سابقة من الزمن. وهي تمثل عجزا في القدرة على استخدام مهارات مكتسبة في مواقف جديدة. ويمكن الكشف عن هذا النمط من الاضطراب باختبارات القلم والورقة، أو اختبارات العصي، وقوالب الطوب، واختبار المكعبات.

(4 - 7) اضطرابات التعبير اللفظي:

تمثل اضطرابات التعبير اللفظي اختلالا في الوظائف اللغوية أو اضطرابات الكلام كنتيجة لاصابات دماغ المريض. وتحدث هذه الاضطرابات كذلك في حالات الاضطرابات العقلية أو وجود تلف بؤري في المخ. ويعاني المرضى الراشدون من اضطرابات عضوية في المخ، فيصابون باضطراب الكلام دون أن يصابوا بكم كامل. وانما يحاولون تكرار الكلمات ويستخدمون بعض الكلمات في غير موضعها. أما في حالة كبار السن فهم يعانون في الغالب من حالة ذهان الشيخوخة أو فصام فيبدو اتصالهم بالآخرين مفصوما. وهذه الحالة تختلف من شخص لآخر بحسب تطور المرض لديه. ويتفاوت قصور النطق عند المريض من مجرد اندغام الأصوات الى تغير في نغمة الصوت الى عجز تام في تكامل ميكانزمات النطق اللازمة لأحداث الكلمات.

وترتبط اضطرابات التعبير اللفظي والكلام ارتباطا وثيقا بالتلف في نصف كرة المخ ذو السيادة. خاصة وان منطقة بروكا Broca's area هي التي تهتم بالتلفظ. وان الصعوبة في ايجاد الكلمات تحدث في الغالب بسبب التلف في الفص الصدغي Temporal lobe بالرغم من وجود بقايا من اللغة عقب استئصال كامل لنصف كرة المخ الأيسر لدى شخص يستخدم يده اليمنى (Carson, et al, 2007).



خامساً: التغيرات النفسية والاجتماعية المصاحبة لكبار السن:

أشار الباحثون الى عدد من التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والعصبية الجسمية والنفسية التي تصاحب مرحلة الشيخوخة والتي تزيد من نسبة اصابة كبار السن بالاضطرابات النفسية من 20 - 30% خاصة أولئك الذين يعيشون في مؤسسات رعاية المسنين (الزبيدي، 2009). ومن أبرز الاضطرابات النفسية التي تصيب كبار السن حيث تتمثل الاضطرابات الذهانية في كل من الاضطراب الذهني وضلالات الاضطهاد والاضطرابات الوجدانية. وتمثل الاضطرابات العصابية اضطرابات القلق والوساوس القهرية المختلفة وتوهم المرض وغيرها من الاضطرابات التي ترتفع نسبتها كلما قلت قدرة المسن على التكيف في الحياة العامة.

(5 - 1) نوعية الحياة:

أشار تايلر (2008) في معرض حديثه عن نوعية الحياة Quality of life انه لم ينظر الى نوعية الحياة على انها مسألة ذات أهمية سيكولوجية الا في وقت متأخر نسبياً. فقد ظلت نوعية الحياة تقاس بالفترة التي يبقى فيها المريض على قيد الحياة. ويوجد المرض دون اي اعتبار للعواقب النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض والعلاج. مشيراً في الوقت نفسه الى دراسة مشهورة حول فرط ضغط الدم. فقد وجد انه على الرغم من ان (100%) من الاطباء اشاروا الى ان نوعية حياة مرضاهم تحسنت مع الاستعمال المنتظم لدواء ضغط الدم. الا ان الابحاث التي اجريت في هذا المجال تشير الى ان المرضى يدركون بعض الامراض ومعالجتها على انها قدر اسوأ من الموت. باعتبارها تهدد جوانب او نشاطات حيوية ومهمة في حياتهم.

هذا، وقد بدأ الاهتمام في الوقت الحاضر بالوظائف النفسية الاجتماعية باعتبارها جوانب مهمة في تقرير نوعية الحياة لدى المرضى ذوي الاعاقات. او أولئك الذين يعانون من امراض مزمنة. حيث ظهرت العديد من المقاييس التي تتمتع بالثبات والصدق وتستخدم بشكل واسع النطاق. مثل بروفيل اثر المرض Sickness impact profile الذي يقيس الاداء في ثلاثة جوانب رئيسية هي: الجانب الجسمي، والجانب النفسي، والجانب الاجتماعي بالاضافة الى النوم والطعام والترفيه. وكذلك قائمة راند للمسح الطبي RAND 36 - Item health التي تقيس الاداء الجسمي والاداء الاجتماعي. وقيود الدور التي تعزى الى المشكلات الانفعالية والصحة النفسية والحيوية والالام والادراك العام للصحة. كما ظهرت مقاييس عديدة لنوعية الحياة تم تطويرها من اجل امراض معينة كالسرطان مثلاً. حيث تم تطوير قائمة المشكلات ذات الصلة بالسرطان ومقياس كارتوفسكي للاداء Kanovsky performance scale.

الا ان هناك اسباباً عديدة لدراسة نوعية الحياة عند كبار السن. ذلك ان تحديد تأثير المرض على النشاط المهني والاجتماعي والشخصي للمريض وعلى حياته اليومية من شأنه ان

يزودنا بأساس مهم للمعالجات التي تصمم لغايات تحسين نوعية الحياة. ويمكن لمقاييس نوعية الحياة ان تساعد في تحديد نوع المشكلات التي تنشأ لدى المرضى المصابين بأمراض من نمط معين. وان مثل هذه المقاييس يمكن ان تكشف عن وجود صعوبات جنسية مرتبطة بأنواع معينة من السرطان. او تكشف بأن الاكتئاب يرتبط بأنواع أخرى من السرطان. ثم ان الكثير من المقاييس التي اعدت لنوعية الحياة تتناول تأثير المعالجات على نوعية الحياة. ويشير تايلور (2008) في هذا الجانب ان مقاييس نوعية الحياة استطاعت قياس اثر المعالجات غير السارة والتعرف على بعض المتغيرات التي تضعف من التزام المريض بتلك المعالجات. ويمكن استخدام المعرفة بنوعية الحياة للمقارنة بين اساليب العلاج المختلفة واختيار الاسلوب الذي يكون له اجنى تأثير على نوعية الحياة. كما يمكن للمعلومات المتعلقة بنوعية الحياة ان تساعد اصحاب القرار على اختيار اساليب العلاج التي تزيد من فرص البقاء وتتيح للمريض في الوقت نفسه افضل نوعية حياة ممكنة.

(5 - 2) حاجات المسنين ومطالبهم:

اشار جلامسر (Glamser, 1981) الى عدد من العوامل الاساسية ذات العلاقة بالتوافق الايجابي للمسنين اشتملت على الآتي:

- الدخل الاقتصادي الجيد:
- مستوى متقدم من العلاقات الاجتماعية.
- مستوى جيد من الصحة الجسمية وعدم وجود اعاقه جسمية.
- التخطيط القبلي لمرحلة التقاعد.

وعرض هيلمز وتيرنر (Helms & Turner, 1999) حول مطالب مرحلة الشيخوخة بما يلي:

- التوافق مع الضعف الشامل للصحة العامة.
- التوافق مع التقاعد وتدني مستوى الدخل المطلوب.
- التوافق مع موت رفيق العمر (الزوج أو الزوجة).
- تكوين العلاقات الاجتماعية الجيدة.
- تطوير الادوار الاجتماعية وتنميتها لتناسب والمستوى العمري للمسن.
- توفير الخدمات الصحية والمنزلية للأفراد المسنين.

(3 – 5) النظريات الاجتماعية للكبر والرضا من الحياة:

(1) نظرية النشاط والفعالية Activity theory:

أشارت نظرية النشاط والفعالية Activity theory (Baron & Kalsher, 2007) إلى التناقض الذي يحدث في التفاعل الاجتماعي لدى المسنين. وقالت أنه يعود إلى نظرة المجتمع إليهم وتوقعاته منهم مما يمثل تعارضا لرغبات الأفراد المسنين. وقد يجد المسنون مجالا للتفاعل الاجتماعي مع الآخرين إذا ما أتيحت لهم ذلك. وأن الهدف العملي لعلم الشيخوخة كما يراه هافجهرست (Havighurst, 1998) هو في مساعدة هؤلاء الأفراد العيش بشكل أفضل.

(2) نظرية فك الارتباط والاعتزال The Disengagement theory:

تشير نظرية فك الارتباط والاعتزال The Disengagement theory (Gibson, 2005) إلى أن الفرد المسن يعتبر أقل اندماجا في الحياة العملية. مما كان عليه عندما كان في سن أصغر. وما الشيخوخة سوى عملية تراجع من النظام الاجتماعي الذي ينتمي إليه الفرد. بحيث يبتعد عن بعض فئات المجتمع الواحد ليبقى قريبا من بعضه الآخر. بحيث يساعد هذا التوجه نحو تمركز المسن حول ذاته. وزيادة في نقد ذاته. وبالتالي، فإنه يستبدل توازنه السابق (وهو في سن الشباب) بينه وبين مجتمعه بتوازن جديد يستبدل فيه العلاقات السابقة بعلاقات ذات شكل ونمط جديدين. ومن هنا يتجه المسن نحو مرحلة الانفصال الكامل بينه وبين مجتمعه. ويحول قدراته نحو حياته الذاتية. وذكرياته وخيالاته وصورته عن ذاته. وما حققه من إنجازات خلال مراحل حياته التي مربها.

وفي دراسة مستعرضة لوليم هنري استنادا إلى بيانات ميدانية لعينة من كبار السن تراوحت أعمارهم بين (70 – 74) في مدينة كنساس بالولايات المتحدة الأمريكية قدم تفسيراً نظرياً شاملاً للطبيعة الاجتماعية والنفسية لعملية الكبر. وأرسى قواعد نظريته في فك الارتباط والاعتزال Disengagement theory والتي تضمنت المبادئ التالية في أحداث التوافق لدى كبار السن:

- أن عملية فك الارتباط حتمية وعالمية. وهي تحدث في كل زمان ومكان عبر الثقافات وانها لا بد أن تحدث في حياة الشخص يوما ما.
- أن كلا من الفرد والمجتمع يسافيد من انسحاب كبار السن من بعض الأدوار الاجتماعية
- أن الاعتزال وفك الارتباط يخدم الوظيفة النفسية لكبار السن. حيث يسمح لهم بتقليل فعاليتهم التي تتضاءل نتيجة للانحطاط العام والتراجع في القدرات العامة

- تخدم عملية فك الارتباط الوظيفية الاجتماعية. بحيث تفتح ادوارا اجتماعية امام آخرين وتؤدي الى انتقال القوة والمسؤولية من جيل الى جيل.

(3) نظرية الاستمرارية The continuity theory

وتشير نظرية الاستمرارية (Atchley, 2005) The continuity theory الى ان المسنين يتغلبون عادة على مشكلاتهم الناتجة من التقدم في العمر بزيادة الفترات الزمنية التي يستخدمونها في لعب ادوار خاصة في مراحل حياتهم المبكرة. كقيام استاذ الجامعة المتقاعد مثلاً بزيادة فترة الانشغال في تأليف الكتب الدراسية. أو استغلال المرأة معظم وقتها في رعاية شؤون المنزل.

ويؤكد بيك (Gibson, 2005) Peck على ثلاثة قضايا رئيسية في التوافق النفسي عند المسنين:

وتشير القضية الاولى الى تميز الانا مقابل الانشغال بدور العمل Ego differentiation Vs work – role perception ذلك ان احد متطلبات النجاح للتوافق مع التقدم في العمر. يكون من خلال منظومة متنوعة من النشاطات ذات القيمة والمساهمات الذاتية القيمة التي تقدم للمسمن نوعاً من الرضا والسعادة والاحساس بالقيمة الذاتية له.

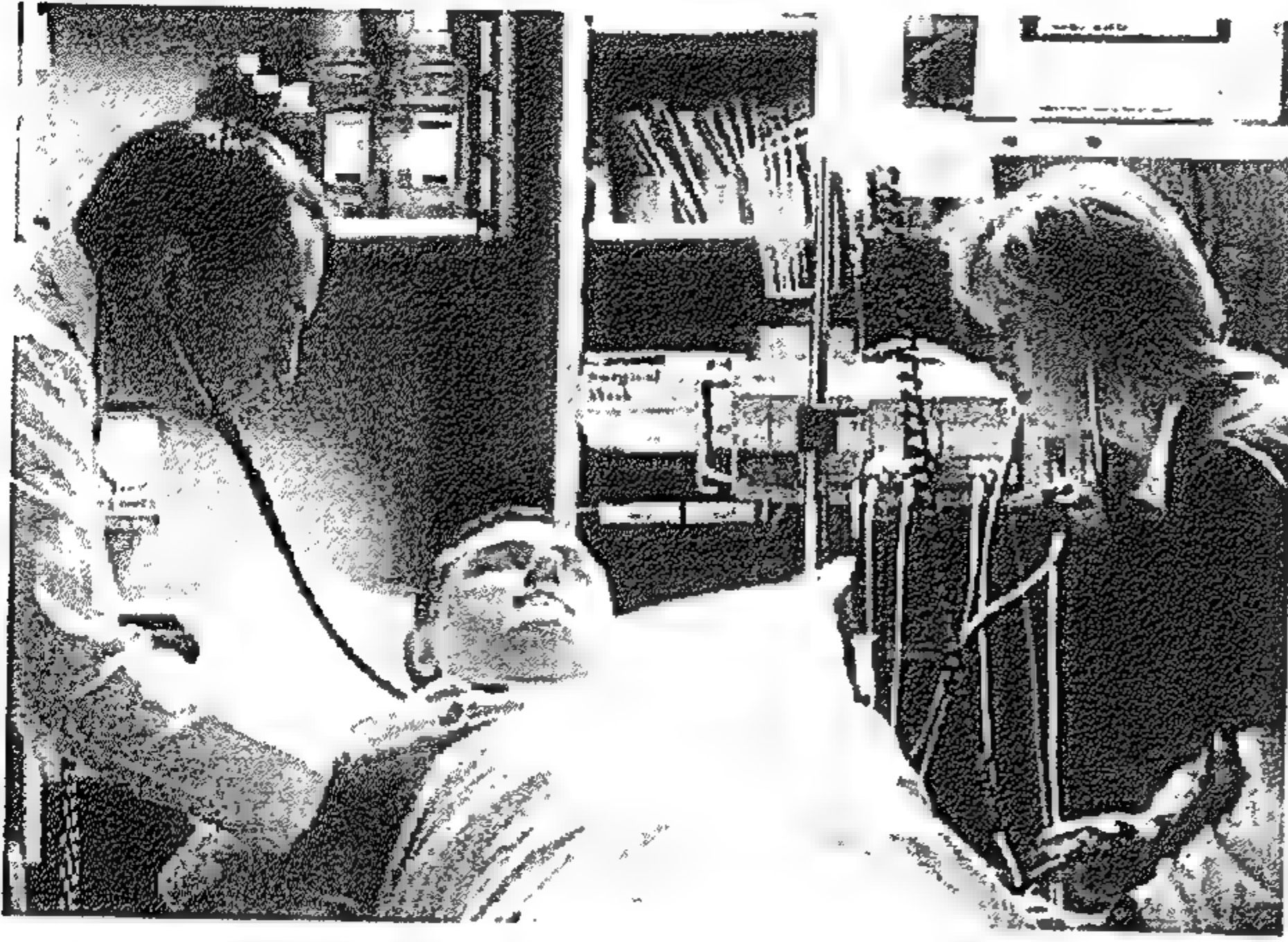
بينما تشير القضية الثانية الى السمو عن المشكلات الجسمية مقابل الانشغال بها Body transcendence Vs body perception وهو في هذا الصدد يتناول نوعين من المسنين: نوع تعني لديه السعادة والراحة أن يكون بصحة جسمية جيدة بحيث يجلب اليه التدهور الصحي والالام والأسى. ونوع آخر يعاني من الآلام الجسمية. لكنه يتمتع بشكل واضح بالحياة. ويعتقد بيك Peck أن هذا النوع قد يكون تعلم السعادة والراحة من خلال اتباعه للعلاقات الانسانية والنشاطات الابداعية ذات الطبيعة العقلية التي يتدخل فيها تدهورهم العقلي فقط دون ان يعطلها. ويرى انه بالرغم من هبوط مستوى الاداء الجسمي للفرد المسن. فان الاعتبارات الخاصة بالطاقة الاجتماعية والعقلية يمكن زيادتها بزيادة مستوى العمر لدى الكثير من الافراد.

أما القضية الثالثة فتشير الى السمو بالذات مقابل الانشغال بها Ego Transcendence Vs ego preoccupation باعتبار أن التكيف مع احتمالات الموت قد يكون اكبر انجاز يحققه الفرد في حياته المتأخرة فالأفراد المسنون الذين يحققون نجاحاً في حياتهم المتأخرة هم الافراد الذين ينشطون بهدف السمو فيندمجون كلية مع المستقبل ويقدمون جهدهم ليجعلوا العالم عالماً سعيداً بالنسبة لاسرهم.

سادساً: الأمراض الجسمية لكبار السن:

تمثل الشيخوخة فقداناً جوهرياً أو انحرافاً سلبياً في القدرة الوظيفية مقارنة بمستويات الشباب الأسوياء. (Papalia, Sterns, Feldman, & Camp, 2002) وهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية للفرد واضحة يمكن قياسها ولها آثارها على العمليات التوافقية.

ففي سن الخامسة والستين من عمر الإنسان ينتشر التلف الحسي والحركي. ويعانون من تدهور وظيفي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية. وهنا يبرز الفارق الجوهري في تحول النمو الإنساني في الاتجاه العكسي. فبينما كان النمو في المراحل السابقة يتجه نحو



التحسن والترقي والتنمية بمعدلات مختلفة. فانه مع بدء الشيخوخة يبدأ التدهور بمعدلات بطيئة في البداية ثم يتسارع هذا المعدل تدريجياً حتى يصل إلى أقصاه في طور الشيخوخة (أرذل العمر). وتبدأ الأمراض الجسمية تظهر عليه بشكل متسارع نتيجة المقاومة

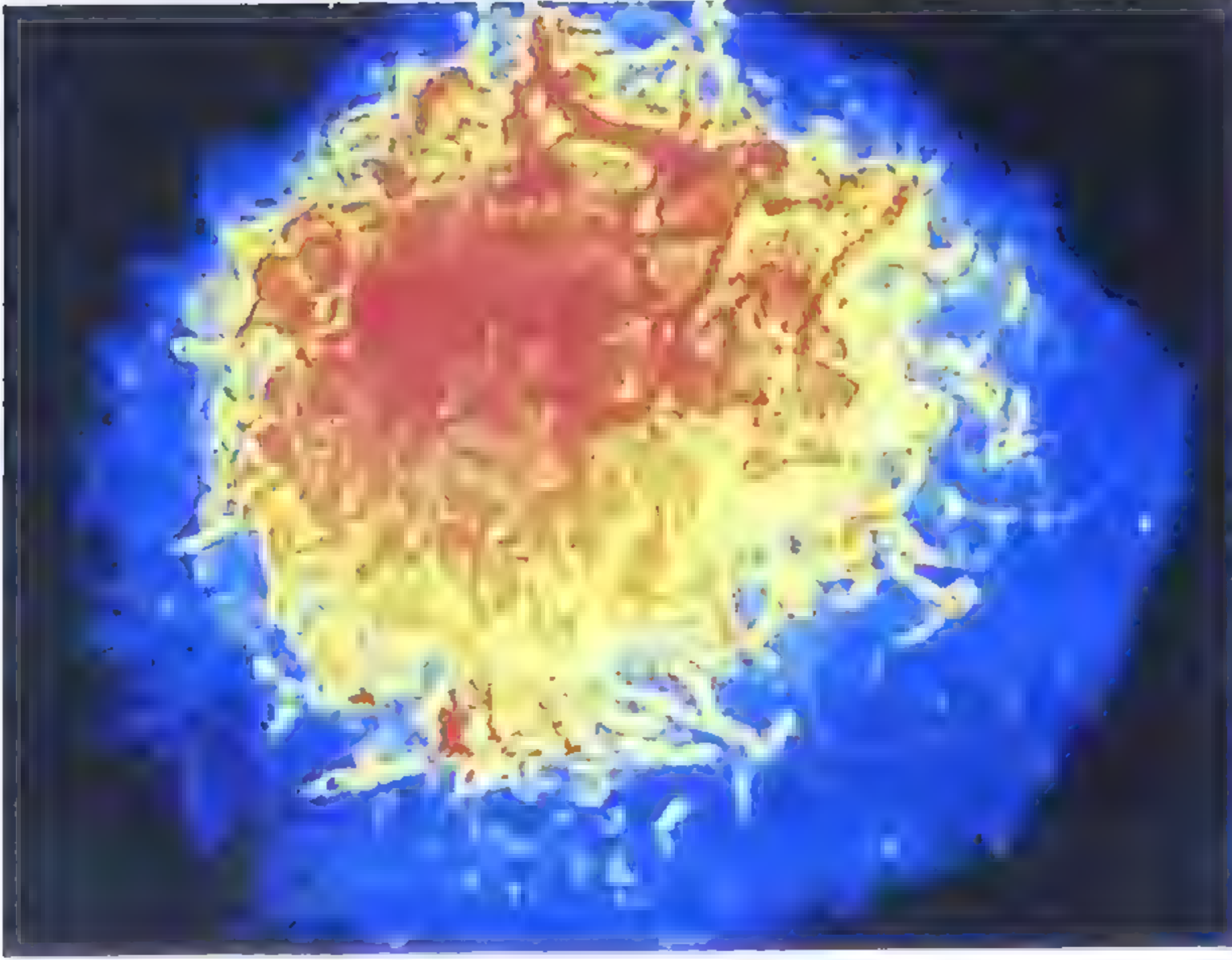
الضعيفة أو الاستعداد الوراثي لديه. ويمكن أن تزيد الخطورة في حدوث أمراض في أواخر العمر من خلال تلوث البيئة أو حصول العدوى.

ان فقدان الوظائف الجسمية الأخرى مثل هشاشة العظام يمكن أن يضع الشخص المسن في خطورة أعظم للتعرض لحوادث عرضية أو جروح جراء السقوط أو غيره. وان عدداً من العوامل الديمغرافية الاجتماعية مثل الفقر ومستوى التعليم والعرق والجنس لها علاقة بالاحداث المتزايدة للمرض واعتلال الصحة. ويمكن أن تؤثر الضغوط النفسية في قدرة الشخص المسن على مقاومة الاصابات المرضية والعدوى أو التلاؤم مع المرض طويل الامد.

(6 - 1) الأمراض المزمنة الشائعة بين كبار السن:

يتعرض المسن للعديد من الأمراض المزمنة الخطيرة على حياته من أبرزها:

(1) أمراض القلب والأوعية الدموية Cardiovascular Disease:



ان امراض القلب والأوعية الدموية من الأمراض الأكثر انتشاراً بين الناس وهو سبب رئيسي لوفاة الشخص خاصة ممن تزيد أعمارهم عن 65 سنة. ويتحدث الأطباء عن تضيق الشرايين للأوعية الدموية بمرور الزمن من خلال ترسبات للدهون على الطبقة المبطنة للجدار الوعائي. مما يؤدي الى

تغير في عضلة القلب ويؤثر في قدرتها على ضخ الدم وانتظام تقلصها وينعكس سلباً على أجهزة الجسم المختلفة بسبب اختلاف كمية الدم الواصلة الى كل منها.

وهناك عوامل مختلفة قد تسبب ارتفاعاً في ضغط الدم مثل التقدم في العمر والجنس والضغط النفسي والوراثة والعرق والغذاء خاصة تلك المواد الغذائية التي تزيد نسبة الأملاح فيها. والسمنة. الا ان كثيراً من حالات ضغط الدم المرتفع غير معروفة الأسباب. واذا ما ترك ارتفاع ضغط الدم دون علاج. فان ذلك يسبب ضرراً في القلب وفي أعضاء الجسم الأخرى. ويمكن علاج ضغط الدم دوائياً والاقبال من نسبة الملح في الغذاء وزيادة التمارين الرياضية والاقبال من الدهون وتجنب التدخين والاقبال من استهلاك الكحول.

(2) مرض الأوعية الدموية الدماغية Cerebrovascular disease:

يمكن أن يؤثر تضيق الشرايين في الأوعية الدموية المتجهة الى الدماغ. مما يزيد من خطورة حصول السكتة الدماغية أو إصابة الشرايين الدماغية بضرر. وتمثل السكتة الدماغية انقطاع التزويد الدموي للدماغ أو لمنطقة في الدماغ والتي تسبب ضرراً للدماغ أو خللاً وظيفياً أو موت خلايا الدماغ. الذي يقود الى الوفاة.

وهناك علامات تحذر من اقتراب حدوث سكتة دماغية وشيكة تسمى بالنوبة الخفيفة العابرة أو السكتة الصغيرة وهي عبارة عن انقطاعات صغيرة غالباً ما تستمر لبضع دقائق أو ساعات

الإرشاد النفسي لكبار السن

قليلة فقط. وهناك اعراض مصاحبة لها مثل الضعف والدوخة أو الدوار والعتمة، والاضطرابات في الكلام وتغيرات في الشخصية أو تأثر. ويمكن تجنب السكتات الدماغية أو منعها عن طريق الاقلال من عوامل الخطر والمعالجة الدوائية لمرضى السكري والعلاج الدوائي لتخفيف الدم.

(3) السرطان Cancer:

يعد السرطان من الأمراض الخبيثة التي تؤدي الى الموت بين كبار السن. كما يشكل سببا رئيسيا من الامراض التي تؤدي الى الوفاة. وهو على أنواع مختلفة مثل سرطانات الرئة والقولون والمستقيم والمعدة والبنكرياس والبروستات والثدي. ويعد سرطان الرئة الاكثر انتشارا بين كبار السن وسببا رئيسيا للوفاة نتيجة تناول التبغ الذي يعد مسؤولا عن أكثر من 90% من جميع سرطانات الرئة.

ويمثل سرطان القولون والمستقيم المصدر الثاني المؤدي الى الوفاة بين كبار السن. وان هناك عوامل تساهم في تكون سرطان القولون والمستقيم من ابرزها:

1. التاريخ الاسري للسرطان.
2. الالتهاب المستمر للقولون.
3. وجود زوائد في القولون.
4. الغذاء الذي يشتمل على كمية كبيرة من الدهون وقليل من الالياف.
5. الجلوس المتواصل وقلة الحركة والنشاط.

وتحدث الاطباء عن علامات مميزة لحدوث السرطان هي:



1. التغيرات التي تحدث في وظائف الامعاء والمثانة
2. السعال المتكرر المزعج ترافقه البحة
3. افرازات المستقيم أو نزيفه.
4. ظهور ورم في الثدي أو في أي مكان في الجسم.
5. تقرحات في الجسم لا تلتئم.
6. صعوبة البلع أو الاضطراب المعوي.
7. تغيرات في الثآليل والشامات.

(4) أمراض الانسداد الرئوي المزمن:

ومع التقدم بالعمر تحدث أمراض تنفسية مزمنة وتراجعات في الوظائف الرئوية والقابلية الوراثية والتعرض مدة طويلة للمسرطنات البيئية والتي يعد التدخين سببا أساسيا يؤدي الى هذه الأمراض. بالإضافة الى جهاز المناعة الذي يساهم في زيادة نوبات الالتهابات التنفسية الحادة. والتي تقود في النهاية الى أمراض الرئة الانسدادية المزمنة.

ويتضمن العلاج التنفسي والعلاج الدوائي وتمارين التنفس والسيطرة البيئية لإقلال التعرض لتلوث الهواء وتعديلات نمط الحياة.

(5) مرض السكري Diabetes Mellitus:

يحدث مرض السكري في العادة بسبب القلة في انتاج أو استعمال الأنسولين في العمليات الحياتية (الأيضية) من قبل خلايا الجسم. وهو على نوعين هما:

- السكري المعتمد على الأنسولين الذي يشخص عادة أول مرة في مرحلة الشباب.
- السكري غير المعتمد على الأنسولين ويحدث عادة في منتصف العمر وتزداد نسبة ظهوره بين الافراد مع التقدم في العمر.

أما الأعراض المصاحبة لمرض السكري فهي الشهية المتزايدة، والتبول المتزايد، وفقدان في الوزن، والاعياء والتعب والضعف والعطش الزائد والشفاء البطيء من الجروح. ويمكن التعامل مع مرض لسكري بتنزيل الوزن من خلال أغذية معينة قليلة السكر وغنية بالكاربوهيدرات والألياف النباتية من جانب آخر. والتمارين الرياضية الاعتيادية بالإضافة الى الأدوية والعلاجات التي ينصح بها الأطباء.

(6) أمراض الهيكل العظمي:

تعد التهابات المفاصل وهشاشة العظام من الأمراض المزمنة التي تشيع بين كبار السن والتي تؤدي في الغالب الى نشاط وظيفي محدود بين كبار السن.

يتضمن التهاب المفاصل حالة انحلال والتهاب لأربطة وعظام جهاز الهيكل العظمي. وهو الأكثر انتشارا لدى كبار السن ويحدث نتيجة تمزق الرباط الحامي للمفصل وتفاقم التهاب عظمة المفصل المرتبط بالتلف التدريجي مع التقدم في العمر. وانهاك وتمزق ناجم عن فرط الاستعمال والجروح والبدانة والاستعداد الوراثي. ويمكن علاج التهاب المفاصل بالراحة والتمارين الرياضية ومسكنات الألم بالإضافة الى الأدوية المضادة للالتهابات والكورتيزون. واجراء العملية الجراحية لاصلاح المفصل وتصحيح التلف الحاد والتشوه.

الإرشاد النفسي لكبار السن

أما هشاشة العظام فيشير الى نقصان الكتلة العظمية المرتبط بالعمر وينسب متسارعة مما يتسبب ضعفا بنائيا خطيرا بحيث يصبح العظم عرضة للكسر. ذلك ان نقص كثافة العظم يؤدي بالضرورة الى ضعف العظام وتناقص طولها مع ظهور التحنط والام الظهر مع التقدم في العمر. وتظهر أعراضه بصورة كسور في العظام المنبسطة (الحوض) والفخذ والعمود الفقري والأضلاع. وهو على نوعين: الهشاشة التي تحدث عند النساء في فترة ما بعد انقطاع الطمث. والهشاشة المرتبطة بالتقدم في العمر وغالبا ما يحدث لكلا الجنسين بعد سن 70 سنة.

(7) أمراض الجهاز البولي والتناسلي:

تحدث أمراض الجهاز البولي والتناسلي لدى الفرد وتزداد تأثيراتها مع التقدم في العمر نتيجة للتدهور التدريجي في جهاز الافراز. حيث يؤثر تضخم البروستات في عمل التبول بسبب التلاصق التشريحي للبروستات مع الجزء الاول من الإحليل. فيحدث تقطعا عند بدء التبول وقوة متناقصة لتدفق البول. وتكرار متزايد لمرات التبول. ونقص في كمية البول، وضعف في القدرة على افراغ المثانة بصورة كاملة.

ويزداد العجز المزمع للتبول مع التقدم في العمر وتختلف نسبة الحالات بين الاشخاص الكبار المودعين في مؤسسات الرعاية الاجتماعية مقارنة بأولئك الموجودين في المستشفيات أو في دور التمريض. وهو على اربعة انواع هي:

1. العجز الناجم عن الضغوط: ويحدث حين يتوافق تسرب غير مسيطر عليه من التبول مع حالات العطاس أو السعال أو الضحك أو رفع الاثقال أو اجراء تمارين رياضية.
2. العجز الناجم عن امتلاء المثانة: وغالبا ما يؤثر تضخم البروستات في القدرة على الاحساس بالمثانة حين تكون ممتلئة. مما يؤدي الى عجز الضبط فيتسرب قدرا صغيرا من البول.
3. عدم السيطرة الناجم عن الالاحاح: ويحدث حينما يعاني الفرد الاحاحا لأن يتبول. وغالبا ما يرتبط ذلك باختلالات عصبية مثل الجلطة أو العنة أو الالتهابات.
4. عدم السيطرة الناجم عن عدم الرغبة في التبول بصورة طبيعية: وهذا النوع يسمى بسلس البول الوظيفي.

(6 - 2) الأمراض الطارئة عند كبار السن:

ان اكثر الأمراض الطارئة حدوثا لدى كبار السن هي الاصابة بالانفلونزا وذات الرئة والحوادث والجروح.

ويعاني كبار السن من امراض والتهابات نتيجة نقص في جهاز المناعة مع التقدم في العمر مما ينتج عنه مقاومة ضعيفة ومتناقضة للمرض أو الالتهابات وازدواجها مع حالة واحدة أو أكثر من الحالات المزمنة. وتعد أمراض الجهاز التنفسي خاصة ما يتعلق منها بحالات البرد الشائعة والانفلونزا وذات الرئة هي أمراض حادة مفاجئة وطارئة مهمة تزداد خطورتها مع التقدم في العمر حيث تؤدي الى الوفاة. ويمكن علاج ذات الرئة والانفلونزا بتلقيحات المناعة والمضادات الحيوية.

وغالبا ما يكون كبار السن عرضة للحوادث ويعانون جروحا أكثر حدة ولما نتيجة الضعف والفقدان الوظيفي بسبب التراجعات الطبيعية المرتبطة بالتقدم في العمر.

سابعاً: الأمراض النفسية لكبار السن:

(7 - 1) الاضطرابات المعرفية العضوية:

1 الاكتئاب Depression:

يعتبر الاكتئاب اكثر الاضطرابات النفسية انتشارا وهو الاضطراب الذي تظهر اعراضه لدى العديد من الافراد خاصة مع التقدم في العمر حيث تتراوح درجة الاكتئاب من الاكتئاب البسيط الى الاكتئاب الشديد جدا. بحيث يشمل بعض جوانب النفس والمزاج والأفكار ويؤثر على الطريقة التي اعتاد عليها الفرد في الاكل والنوم. والطريقة التي يشعر بها تجاه نفسه والآخرين. بالإضافة الى الوحدة وخيبة الأمل واليأس وعدم الثقة بالنفس وعدم الراحة الجسمية والارق، وعدم المشاركة او الاستمتاع في النشاطات الاجتماعية.

ويعاني الكثير من المكتئبين بشكل عام، من الآثار السلبية الناتجة عن هذه الحالة الانفعالية، فتبدو عليهم أعراض اكتئابية، مثل التعاسة والضيق، وفقدان الأمل وتدني مفهوم الذات، والقلق والتوتر والحزن، ومشاعر كراهية الذات والشعور بعدم الكفاءة، وغيرها من الأعراض السلبية التي تؤدي إلى الانحدار، والشعور بالفراغ الداخلي وعدم الأهمية.

ويعرف بيك Beck، الاكتئاب على أنه اضطراب انفعالي، يتميز بتدني مزاج الفرد، وظهور تغيرات نفسية وجسدية تؤثر في الأداء. ويرى عبد الخالق (1999)، إن الاكتئاب هو حالة انفعالية عابرة، أو مستقرة، تتصف بمشاعر الانقباض، التي تتراوح بين الهم والغم والأفكار

الإرشاد النفسي لكبار السن

الانتحارية. ويعرف ستور (Store)، الاكتئاب، بأنه حالة انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن أو الغم، وتأخر الاستجابة، والميول التشاؤمية، التي يمكن أن تصل بالفرد إلى حد الانتحار

ويرى عدد من الباحثين أن الاكتئاب هو نتيجة واضحة لنمط الحياة الذي يتبناه الفرد المتألم، ولنسق العمليات المعرفية الوسيطة التي تتطور عنده إذ يصبح بالتدريج محاصراً للتفكير بالألم فقط. وينتج عن هذه القيود في التفكير مشاعر عامة بالعجز وعدم القدرة على السيطرة. كما ينتج الاكتئاب من التفاعل بين الاضطرابات النفسية، والقيود السلوكية والتشوهات المعرفية. وهذا قد يفسر الارتباط بين الانفعالات وحالات القلق المتكررة والمستويات المرتفعة من ضغوطات الحياة التي يتعرض لها كبار السن الذين يعانون من الاكتئاب (Walker, Baber, Garber & (2008; Rusu & Hasenbring, 2007; Smith, 2007).

وقد صنف كندال وهامين (Kendall & Hammen (1998، أمراض الاكتئاب

إلى فئات ثلاثة هي:

- **الأمراض المزاجية:** يتميز مزاج المكتئب بالحزن وعدم الاستماع وحدة الطباع.
- **الأمراض ذات العلاقة بالبنى المعرفية:** يتميز المكتئب بالتفكير السوداوي السلبي، وتضخيم كل ما هو سلبي، مما يدفعه إلى التشاؤم، ودحض كل ما هو إيجابي، والتقليل من شأنه، والشعور باليأس وضعف التركيز، وصعوبة اتخاذ القرارات.
- **الأمراض السلوكية والجسمية:** يتميز المكتئب بأنه صعب الإرضاء، لذلك لا ينخرط بسهولة في أية أنشطة، ويمكن أن يكون بطيء الحركة والكلام، وكثير التنهد، ميال إلى الانسحاب الاجتماعي والانعزال. ويمكن أن يظهر عليه، عدم انتظام في النوم والأكل، والشعور بفقدان القوة والإرهاق، والشعور بالضعف العام، وكذلك الشعور بالألام والأوجاع في المعدة والرأس، وغيرها من أعضاء الجسم.

ولقد تعددت الأساليب العلاجية التي من شأنها المساهمة في خفض الاكتئاب. (Rathus, 2002) واثبت العلاج الجمعي للاكتئاب تطوراً ملحوظاً في مجال العلاج العقلاني - الانفعالي لدى المراهقين لما يحمله برنامج العلاج من خصائص مبنية على أساس نظري يفسر العوامل المختلفة للاكتئاب (الوراثية والبيئية) كما أظهرت الدراسات أن الأفراد المكتئبين يظهرون ثلاثة أشكال رئيسة من الأعراض هي النموذج السلبي في التفكير الذي يشمل تدني مستوى تقدير الذات والأفكار السلبية الهدامة. والتعزيز السلبي للأسباب. أما النموذج الثاني فيتمثل في صعوبات في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين. ويمثل النموذج الثالث أعراضاً سلوكية

اكتئابية كالارق وفقدان الشهية. وان البرنامج العلاجي الناجح هو البرنامج الذي يتعامل مع هذه الاعراض بنفس الدرجة.

(2) الانتحار:

صاحب الانتحار الوجود البشري منذ البدايات الأولى للتاريخ حتى يومنا هذا، وفي معظم المجتمعات الانسانية ايا كان ترتيبها الزمني وموقعها الجغرافي يوجد بعض افرادها يقدمون على الانتحار. وتشير الاحصاءات الجنائية الى تزايد حالات الانتحار في معظم مجتمعات العالم يوما بعد آخر وينسب متفاوتة بين مجتمع وآخر.

وكلمة الانتحار مشتقة من الكلمة اللاتينية Caedere بمعنى يقتل والاسم Sui بمعنى النفس او الذات. ونقلت بكاملها الى الالمانية Selb – mortem لتشير الى من يقتل نفسه. ويذكر المنظرون ان كلمة suicide كما هي معروفة الان دخلت اللغة الفرنسية على يد الاب دي فونتين لأول مرة في النصف الاول من القرن الثامن عشر. وفي اللغة العربية، فان كلمة الانتحار مشتقة من كلمة "نحر" اي ذبح وقتل. وانتحر الشخص اي ذبح نفسه او قتلها. وتحدث مننجر عن الانتحار باعتباره فعل قتل الانسان نفسه بالطريقة التي يختارها سواء كان الموت الناتج عاجلا او آجلا. وفي هذا التعريف يخلط بين الانتحار وبين انواع اخرى من السلوك كالزهد والتنسك والتصوف والرهينة عموما فضلا عن التضحية والاستشهاد. كما يشمل صورا من ادمان الخمر والامراض النفسية والعقلية. وازاء ذلك، فانه يمكن تعريف السلوك الانتحاري بأنه: سلسلة الافعال التي يقوم بها الفرد محاولا تدمير حياته بنفسه دونما تحريض من آخر او تضحية لقيمة اجتماعية ما.

وقد تناول الباحثون في دراساتهم اتجاهين يتناول كل منهما المشكلة من زاوية تكاد

تكون متغايرة تماما:

1. الاتجاه الفردي:

يشتمل الاتجاه الفردي على الدراسات التي اعتمدت على دراسة الحالة الفردية وتمثلها بحوث ودراسات الطب العقلي ودراسات التحليل النفسي والدراسات الاكلينيكية الاخرى. مركزين على وصف دوافع سلوك الفرد وديناميات شخصيته. دون الالتفات كثيرا الى اثر البيئة والعلاقات الاجتماعية او بالاكتماء بالاشارة اليها اشارة ثانوية. وقد اقتصر هذا الاتجاه على تشخيص الحالات الانتحارية من نزلاء مصحات الامراض العقلية (الطب العقلي) ورواد عيادات التحليل النفسي. وكل من هذه الدراسات تقوم على دراسة تاريخ الحالة واستخلاص التفسير في ضوء دلالات خبرات الشخصية في اطار نظريات التحليل النفسي او الطب النفسي. ودراسات اكلينيكية اخرى وهي ما زالت حتى الان تعتمد على جمهور مماثل لجمهور الدراسات

الإرشاد النفسي لكبار السن

التشخيصية. ولكنها تتسم بموضوعية أدق وتعرض ما توفر من استجابات الحالات على اختبارات موضوعية مقننة. تستند في تأويل الاستجابات الموضوعية الى مفاهيم النظريات التي يقوم عليها تصميم هذا الاختبار او ذاك.

2. الاتجاه الاجتماعي:

يشتمل الاتجاه الاجتماعي على الدراسات الاجتماعية التي تناولت المشكلة المشكلة من الزاوية المقابلة. اي في مظهرها الاجتماعي وشكلها الوبائي في المجتمع. من حيث مدى انتشارها في المجتمع والظروف المصاحبة لها أو المرتبطة بها. حيث بينت الدراسات على ان للاضطرابات العائلية وعدم مقدرة المراهق التكيف ضمن العائلة اثر كبير في تفكيره ومغامرته بالانتحار.

وقد بينت دراسات بارتر Parter لحالات عديدة من كبار السن الذين حاولوا الانتحار خطورة تجاهل المحاولة الاولى التي يقوم بها الفرد مشددا على ضرورة اعطاء الشخص الذي سبق وان حاول الانتحار اهتماما بالغا. وان تكرار المحاولة للانتحار يرتبط بالظروف المادية والاجتماعية المحيطة به.

وأوردت منظمة الصحة العالمية في تصنيفها التاسع للاضطرابات العقلية حالات الانتحار على النحو التالي:

1. الانتحار وتسميم الذات بمواد صلبة او سائلة: وتشمل المسكنات ومضادات الحمى الروماتزم، البربيتودات، المنومات، المهدئات، والعقاقير المؤثرة على العقل، والعقاقير والأدوي المحددة وغير المحددة، والمستحضرات الكيميائية او الصيدلانية المستخدمة لأغراض الزراعة والبستنة، المواد الاكالة والكاوية، الزرنخ ومركباته.
2. الانتحار وتسميم الذات بالغازات المستخدمة في المنازل.
3. الانتحار وتسميم الذات بغازات وابخرة أخرى.
4. الانتحار واصابة الذات بالشنق والخنق والاختناق.
5. الانتحار واصابة الذات بالغمر (الغرق).
6. الانتحار واصابة الذات بآلات قاطعة او ثاقبة.
7. الانتحار واصابة الذات بالقفز من اماكن عالية.
8. الانتحار بوسائل أخرى غير محددة.

بعض المراهقين ينجحون في محاولاتهم الانتحار والبعض الآخر يفشل في محاولته الانتحار وتشير الدراسات في هذا المجال ان من يحاول الانتحار مرة سوف يحاول الانتحار مرة ثانية وفي فترة قصيرة (عبد المعطي، 2003). وقد تم رصد ثلاثة انواع من محاولات الانتحار هي:

- النوع المعتدل: حيث يميل أصحابه الى استخدام جرعات زائدة من العقاقير
- النوع المتشدد: ويميل أصحابه الى استخدام طرق عنيفة من الانتحار بالاضافة الى تناول العقاقير الزائدة
- النوع ذي التاريخ في المحاولات المتكررة للانتحار مع عدوانية زائدة

وقد اشارت الدراسات والبحوث المتعلقة بالانتحار الى وجود اكثر من سبب تؤدي بالمراهق الى محاولة الانتحار (Blumenthal, 1990):

أ. الاضطرابات العائلية:

فالصعوبات الناجمة عن الاضطرابات العائلية تؤدي بدورها الى حدوث مشاكل وخلافات بين افراد العائلة ومشاجرات بين الوالدين او احدهما. وان فقد الثقافة التربوية لدى الوالدين وتحكم احد الاخوة باخوته الاصغر سنا وتشجيع بروز صفات الغيرة والحقد لدى البعض منهم كل ذلك يشجع الدافع الى الانتحار تماما كما يشجع الاصابة بالانحراف السيكوباتية.

ب. الاسباب المادية:

واحساس المراهق بالفقر وعدم توفر المال لديه ولدى والديه واسرته وشعوره بالاكنتاب والحزن والتفكير والعزلة والانزواء واصابته بالخجل والوساوس والخاوف والانفعالات المضطربة.

ج. الصعوبات الدراسية:

وكذلك شعوره بأنه مهدد بالفشل في الدراسة. أثر كبير على نفسه وازدياد التفكير بالانتحار للخلاص من سوء حالته.

د. المشكلات العاطفية:

ولأن مجتمعنا لا يعامل افراده بالتساوي بين الجنسين ويحمل الفتاة مسؤولية اكبر من اخطائها وزلاتها المتعلقة بالجنس. لذلك فان الاضطراب العاطفي الناتج عن الانزلاق في المشاكل الجنسية تظهر اثاره بصورة اوضح وأخطر لدى الفتيات المراهقات منه لدى المراهقين.

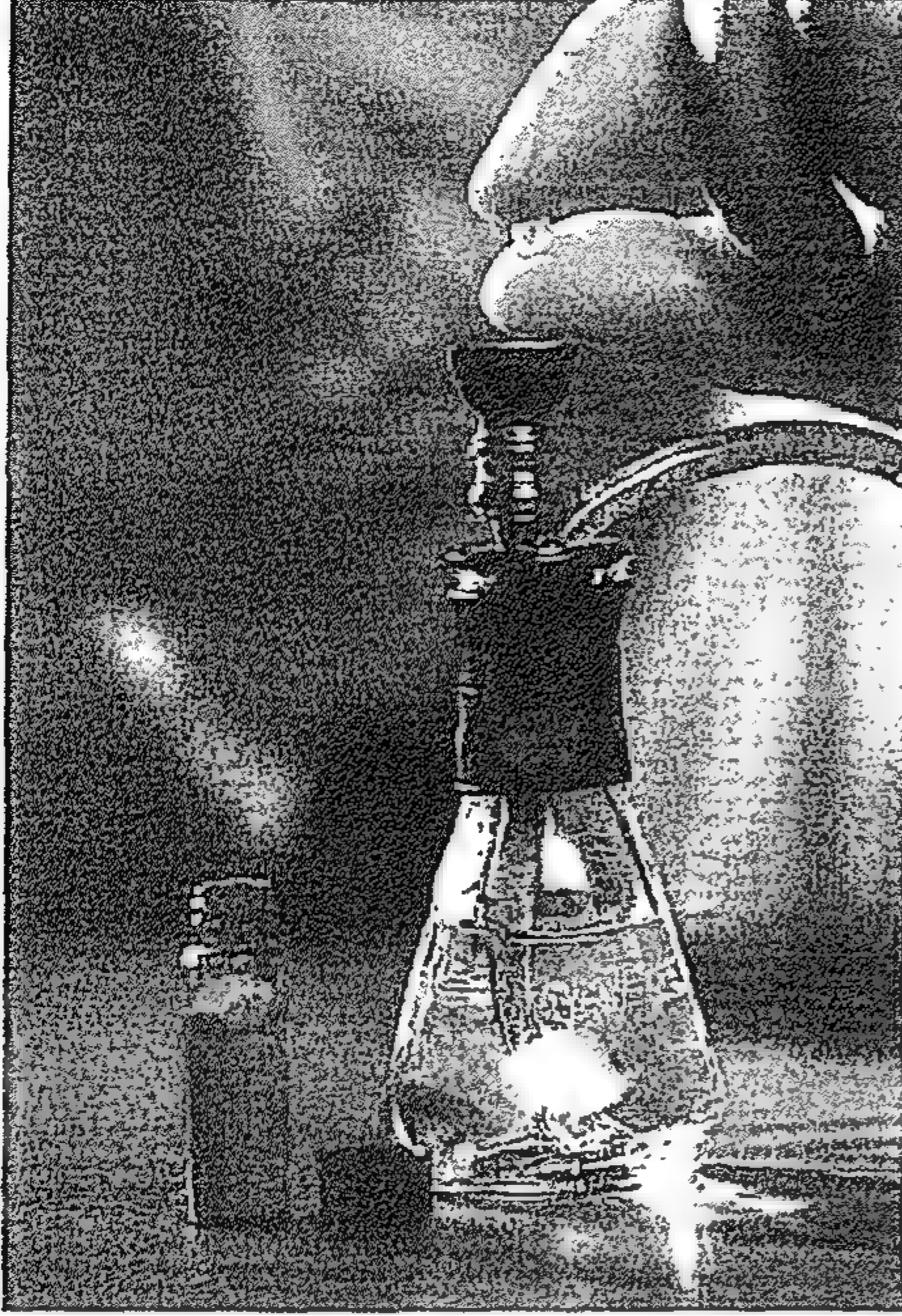
هـ. ضعف الوازع الديني:

كما ان ضعف الوازع الديني لدى المراهق فانهم كثيرا ما يثورون ويغضبون عند مصادفتهم للمتاعب او المشاكل الصعبة او الضعف المادي او المشاكل العاطفية العائلية.

و. أثار الأمراض النفسية الأخرى:

أشارت الدراسات الى انه من بين ثمانية عشر حالة من محاولات الانتحار ثمانية حالات كان يعاني اصحابها من اضطرابات نفسية. وان الانتحار كان عبارة عن ردود فعل تجاه هذا الاضطراب. وبين القوصي (1980) الى وجود بعض الصعوبات النفسية لدى بعض الاطفال تؤدي بهم للمغامرات في البحث عن الخبرة. بالتخريب كدافع لاشعوري يؤدي بهم الى اللذة والارتياح.

ز. ادمان الخمر والمخدرات:



ولا شك في تأثير الخمر والمخدرات على الفرد وعلى المجتمع. فالمدمنون على الخمر يكونون مشغولين عن تربية ابنائهم وتوجيههم الوجهة السليمة وان شغلهم الشاغل هو زجاجة الخمر التي يبحثون فيها عن الراحة المزعومة والشجاعة المفقودة والتخلص من الخيبة والتوتر والقلق او بالحبوب والحقن التي يفتشون بها عن سعادة خيالية كاذبة. مما يؤثر كل ذلك على نفسية الابناء ويجعلهم في صراع نفسي يسبب لهم الكره والحب في نفس الوقت الموجه نحو ابائهم المخمورين.

ح. توفر اسباب الانتحار:

أشارت الدراسات (Stephen, et al.; 2004) الى عدد من العوامل التي توفر لبعض الافراد محاولات الانتحار:

فالافراد الذين يعملون في المخدرات وفي صناعة وتحضير المواد السامة اقدر على الحصول على مواد الانتحار السامة من غيرهم. فاذا ما توافرت لديهم الاسباب الاخرى الدافعة للانتحار تكون الاداة اللازمة للانتحار متوفرة لديهم. وبينت الاحصائيات سهولة حدوث الانتحار لدى العسكريين الراغبين به اثر بعض الصدمات النفسية لتور بعض الاسلحة التي تساعدهم على ذلك. وان الانتحار لدى الراشدين والمراهقين اكثر منه لدى النساء والفتيات المراهقات. واكثر حدوثا بين البيض من الملونين. وان محاولات الانتحار الفاشلة والتي تعالج وتشفى ولا يحدث فيها الموت هي اكثر وجودا لدى المراهقين وصغار السن. وان الاوساط المتدينة يقل فيها الانتحار. وان البلدان المتقدمة اقتصاديا تكثر فيها حوادث الانتحار نسبة لغيرها. وان المراهقين الذين

يحاولون الانتحار تتكرر لديهم المحاولة مستقبلا. وتزداد لديهم الاضطرابات النفسية والاجتماعية وان نسبة الانحراف والجرائم تكثر لدى محاولي الانتحار.

(3) تدهور الجهاز العصبي في الشيخوخة:

تم استخدام مصطلح خبل ما قبل الشيخوخة من قبل بنزفانجر Binswanger عام 1898 للإشارة الى ما يحدث من تدهور للجهاز العصبي للشخص مؤديا الى الشيخوخة خلال



أواسط العمر. وقد اشار جيرفز Jervis الى ان العمليات الأساسية في خبل الشيخوخة، وخبل ما قبل الشيخوخة تتمثل في ضمور الخلايا العصبية والالياف العصبية مع قدر من التغير في الخلايا الغرائية Glia cells وان الفروق بين الصور الاكلينيكية المختلفة انما ترجع الى عوامل تكوينية مختلفة أو عوامل غير ذاتية تتدخل في العمليات الأساسية لضمور الشيخوخة مؤديا الى مظاهر المبكرة وصور الشيخوخة المحرفة.

ان الامراض الرئيسية في خبل ما قبل الشيخوخة تتمثل في كل من: مرض بيك Picks Disease ومرض الزهايمر Alzheimers disease، ومرض جاكوب -

كريتسفيلدتز Jakob Crentzfeldts Disease. وكذلك التدهور الوراثي للجهاز العصبي المسمى Huntington s chorea الذي يحدث في سن الشباب وأواسط العمر وله أوجه تماثل عديدة مع مجموعة الامراض السابقة. ويمكن للخبل الذي يحدث في اواسط العمر ان يعود الى اضطرابات معروفة مثل اصابات الزهري للجهاز العصبي والاورام المخية والمكسيديما Myxoedema. وتعتبر هذه الاضطرابات نوعا من الخبل الثانوي Secondary dementia في مقابل الخبل الاساسي أو الاولي Essential dementia.

1. مرض الزهايمر Alzheimer's disease:

مرض الزهايمر مرض عضوي يصيب المخ فيما بين سن الأربعين والستين. وينتشر على مدى كبير من العمر. فقد يصيب الافراد في مرحلة الرشد. كما قد توجد في حالات نادرة في مرحلة الطفولة. وان كان عدد من الباحثين من يعتقد بأن هذا المرض لا يصيب الاشخاص في الاغلب قبل سن الأربعين.

وتشير الصورة الاكلينيكية لهذا المرض الى اضطراب شديد للذاكرة بحيث يعجز المريض ان يجد طريقه في داخل المنزل ويعاني من البلبلة، ولا يعي الزمان او المكان ويمر بفترات الخلط والهذيان مصحوب بالهلوس. ويجد صعوبة في الكلمة المنطوقة. وتقوم اعراض هذا المرض



بشكل خفي بحيث لا يتم التعرف عليه الا متأخرا. ويبدأ المرض عادة بقصور في الذاكرة بالنسبة للاحداث القريبة. وقصور في درجة كفاية النشاط المعتاد للمريض. فيضع المريض ممتلكاته في غير موضعها. وينسى مواعيده. ويكشف

المريض عن نشاط زائد غير هادف في شيء من البلبلة والاضطراب. ويكون سلوكه متكررا نمطيا لا طائل وراءه. فهو يعمد باستمرار الى ترتيب ممتلكاته في اكوام ويعيد حزمها وفكها باستمرار. يفتح ويغلق النوافذ. ويعيد مرات ومرات جملا تعلمها في طفولته بصوت خال من التعبير. وتضعف قدرة المريض على الاحتفاظ بالانتباه. ويصبح اضطراب الذاكرة القريبة والبعيدة واضحا. ويصبح غير قادر على تسمية اقاربه المقربين له وينكص الى مرحلة من الطفولة المتصفة بقلّة الحيلة التامة. ويصاحب هذه الاعراض حالة من الاعاقة البدنية مع عدم تأزر حركي وهزال وضعف بدني بحيث يصبح المريض مقعدا في الفراش.

2. مرض بيك Picks Disease:

هذا المرض يصيب الناس في المرحلة العمرية ما بين سن الأربعين والستين. وربما تحدث الاصابة في سن الخامسة عشرة. وتماثل الصورة الاكلينيكية لهذا المرض تلك الصورة القائمة في مرض الزهايمر خاصة في المراحل المبكرة منه. وتكون اعراضه عادة من نوع تلك الاعراض التي

تعتبر من خصائص الامراض العضوية بالمخ. أي في صورة اضطراب في الوظائف العقلية مع تغير في السلوك والحالة الوجدانية.

والمؤشرات الأولى لمرض بيك تكون في صورة اضطراب في الانتباه والتركيز مؤديا الى النسيان وفقدان الاهتمامات. والخلط بين الاشياء وفقدان التلقائية والمبادأة بحيث يحتاج المريض الى مساعدة في أدائه لمهام الحياة اليومية مثل ارتداء الملابس وتناول الطعام وغير ذلك. ويكون هناك نكوص الى مرحلة طفلية مع تقلب في المزاج ونمطية في السلوك والكلام ويفتقد تماما الوعي بالزمان والمكان. كما يفقد الذاكرة للأحداث القريبة والبعيدة وتستمر حياة المريض عند مستوى آلي تماما. وتتصف المراحل النهائية لهذا المرض بضعف بدني وعقلي فيصبح المريض مقعدا في فراشه.

لاحظ ان هناك صعوبة في التمييز بين كل من مرض بيك ومرض الزهايمر. اذ يحدث كل منهما في فترة زمنية متماثلة من العمر. ويتقدم في اطار متماثل ويكشف عن اعراض متماثلة تقريبا.

3. مرض جاكوب - كريتزفيلدتز Jacob - Crentzfeldts diseaes:

مرض جاكوب - كريتزفيلدتز نوع من ذهان ما قبل الشيخوخة ويعرف بتسميات عدة حيث تحدث التغيرات في الجهاز العصبي بشكل منتشر متضمنة الطبقات السطحية او العميقة من لحاء المخ والعقد القاعدية Basal ganglia ولحاء المخيخ وغير ذلك من مناطق في الجهاز العصبي. ومن مظاهره الاكلينيكية القلق والاكتئاب. وحدث تدهور متزايد للقدرات العقلية بما في ذلك الذاكرة والحكم والاستبصار مصحوبا بخلط في بعض الأحيان. وتكون المراحل النهائية لهذا المرض في صورة حالة من الخبل التام. وقد تحدث الوفاة على مدى عمري من سنتين الى خمس سنوات. ويصاحب المرض أعراض جسمية تتلخص في تعب وضعف بالساقين. حيث يجد المريض صعوبة في رفع ساقيه ثم يحدث بعد ذلك فقدان واضح في القدرة على الاتزان في المشي ويجد صعوبة في المشي...

4. مرض كوربا هنتنجتون Huntington Chorea:

وصف هذا المرض طبيب أمريكي هو جورج سمنر هنتنجتون George Sumner Huntington عام 1872 ويعزى الى أخوين مصابين بالمرض هاجرا من انجلترا الى الولايات المتحدة الأمريكية عام 1630 ويفترض ان جميع المرضى الأمريكيين المصابين بهذا المرض ينتمون الى سلالة هذين الأخوين. الا ان هذا القول غير صحيح. فقد تبين وجود حالات من هذا المرض في انحاء عديدة من العالم. كما ان هذا المرض يصيب الملونين ايضا. وتظهر أعراض هذا المرض بين سن الثلاثين والخمسين. وينصح المرض فيه احاطة الشريك بمعلومات وافية عنه والحصول على

الإرشاد النفسي لكبار السن

موافقة تامة للزواج منه. وعلى الزوجين في هذه الحالة عدم انجاب اية ذرية. وتشير الحالة المرضية لهذا النوع من المرض الى وجود صفات وراثية سائدة لدى المريض وتميل شخصيته لأن تكون غير سوية بمقارنتها بالحالة التي لا تحمل الصفات الوراثية السائدة. ولذلك فانه ينتشر بين هذه الحالات ظواهر مثل الجريمة والادمان الكحولي بحيث تكشف هذه الحالات عن نفسها قبل ظهور الخصائص العصبية والاعراض المرضية العقلية بفترة من الزمن. كما يظهر على المريض اضطرابات سلوكية أخرى كالاندفاع. وانفجار الغضب والعنف والفوضى الجنسية. ويشير الباحثون في هذا المجال الى ان افراد العائلة الذين يظهر عليهم المرض يماثلون من حيث التكوين البدني وملامح الوجه الآباء أو الأسلاف ممن كانوا يعانون من المرض على النقيض من الأفراد الأصحاء الذين يماثلون الآباء الأصحاء. كما يبدو على حالات هذا المرض الميل للانتحار. وأحيانا ما يحدث الانتحار في وقت مبكر من العمر. وقبل ظهور المرض بوقت كاف قد يصبح المريض سهل الاستثارة متقلب المزاج سيء الطبع. شديد الحساسية مع ظهور معتقدات هذائية. وقد يصبح المريض في حالات أخرى خاملاً بطيئاً مع الاتساع المتزايد. وقد تكشف الحالة عن نفسها عقب ضغوط بدنية حادة مثل العمليات الجراحية أو عدوى حادة. أو عقب التعرض لضغوط نفسية مثل وفاة قريب عزيز. كما قد تظهر على المريض الحركات اللاارادية في الوجه واليدين والكتفين. وقد تكون في صورة عدم سواء في مشيته بحيث تجلب الانتباه اليه. ويكشف المريض عن حالة من الخمول والفتور ويصبح تفكيره مشوشاً ويشكو من الشعور بالغباء والبلادة والنسيان. سهل التشتت لا يمكنه التركيز فاقد المبادأة. وقد تنتاب المريض نوبات حادة من عدم الاستقرار وسهولة الاستثارة. ويميل لأن يكون مشاغبا عنيضا اذا ما تمت استثارته. وتستغرق مدة المرض ما بين 10 – 15 سنة في المتوسط وغالبا ما تحدث الوفاة قبل بلوغ سن الستين.

(7 - 2) الاضطرابات العقلية والنفسية في الشيخوخة:

بالرغم من النظرة التفاؤلية التي تشيع بين عدد من الباحثين حول جدوى العلاج الذي يقوم به الاخصائيون للمسنين فان الاستجابات الاكثابية والانفعالية واضطرابات الفكر والادراك الحسي هي امر شائع بين كبار السن. وقد تكون هذه الاضطرابات مصحوبة بأعراض من الاضطرابات العقلية ذات الاصول العضوية. أو قد تقوم بمفردها. وقد تكون الاضطرابات العقلية لدى المسن امتدادا لما حدث في مرحلة الرشد. أو قد تمثل عودة للظهور من تلك المرحلة. وربما يكون ظهورها لأول مرة.

هذا، ويمكن تصنيف الاضطرابات العقلية التي تحدث في سن الشيخوخة الى مجموعتين

أساسيتين هما:

(1) الاضطرابات الوظيفية:

تحدث هذه الاضطرابات في غياب أية دلائل على اضطرابات عضوية في المخ. وفي هذه النوع من الاضطرابات نجد ان كثيرا من المسنين غير مزودين - نسبيا - بإمكانيات تتيح لهم مواجهة المشكلات التي تتراكم عبر السنين. كما تضم المجموعة أيضا آخرين ممن تواجههم مشكلات ضاغطة بشكل غير عادي بالرغم من كفاية تكوينهم النفسي. كما تضم عددا آخر ممن تكون أنماطهم السلوكية التي عاشوها سنين طويلة. والتي لم تعد قادرة على الصمود في وجه المشكلات العديدة التي يثيرها الدخول في مرحلة الشيخوخة. ومن ثم يكشفون عن أعراض من اضطرابات عقلية واضحة. ومجموعة ثالثة من المسنين كانوا يعانون من بعض صور الاضطراب العقلي لم تكن واضحة بسبب صفات شخصية أو ظروف معينة.

أما الاستجابات النفسية الأكثر شيوعا لدى المسنين ممن يعانون من الاضطرابات الوظيفية. الاكتئاب المصحوب غالبا باتجاهات هذائية. وهذه الاضطرابات العقلية تماثل في طبيعتها ما يمكن ان يحدث لمن هم من غير المسنين. وتعد حالات الفصام وذهان الهوس - الاكتئاب من الاضطرابات الأكثر شيوعا بين المسنين كما يمكن تصور من القصور البدني والاجتماعي والاقتصادي أن تؤدي الى الذعر والغضب والاكتئاب بحيث تثير صورا عصابية حادة واضطرابات سلوكية. ويمكن لتلك الصور المرضية ان تصبح أكثر تعقيدا لدى المسن بسبب معاناة المريض في نفس الوقت من اضطرابات عضوية في المخ.

(2) الاضطرابات العقلية الناتجة عن خلل عضوي في المخ:

الزملة المخية هي اللفظ الذي يطلق على مجموعة من نواحي القصور العقلي تعكس تلفا في المخ أو اضطرابا في وظيفته. وعندما يكون هذا العجز أمرا عابرا فإن الحالة تعتبر حادة وتمثل اضطرابا مخيا يمكن مواجهته. ووفقا لتعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي فإن الزملات المخية هي اضطرابات عضوية تعود الى قصور منتشر في وظائف أنسجة المخ لأي سبب من الأسباب. وحتى يتم تشخيص الحالة بأنها زملة مخية. فانه لا بد من وجود قصور منتشر في أنسجة المخ.

وتنعكس هذه الاضطرابات فيما يسمى بالزملة المخية Brain Syndrome والتي

يمكن تصنيفها الى مجموعات ثلاث:

الإرشاد النفسي لكبار السن

- مريض يعانون من زملة مخية حادة Acute brain syndrome وهي اضطرابات عقلية حادة عابرة. سببها عادة المرض البدني أو التسمم.
- مريض يعانون من اضطرابات عقلية غير معقدة نسبيا الا انها تتخذ صفة الثبات والاستمرار. وهي الزملة المخية المزمنة Chronic brain syndrome.
- مريض يعانون من اضطرابات تكون فيها الزملة المخية المزمنة البسيطة أو المتوسطة مصحوبة بأعراض تعقد الموقف من اضطرابات الفكر أو الوجدان. وهؤلاء عادة ما يتطلب الأمر توفير بيئة تكفل لهم الخدمات الطبية النفسية بالإضافة الى صور الرعاية المختلفة. ومن مظاهر الزملة المخية: اضطرابات الوعي بالزمان والمكان والأشخاص واضطرابات الذاكرة واضطراب في الوظائف العقلية الخاصة بالذكاء وضحالة أو تنقل الوجدان. وهناك اعراض أخرى من المحتمل قيامها مثل التحول الانفعالي أو الخفة الانفعالية Emotional lability والأعراض العصبية البؤرية مثل الأبراكسيا (اختلال الوظائف التعبيرية الحركية Apraxia)، واختلال الوظائف اللغوية Aphasia عادات من الكسل والتراخي وعدم النظافة. والتبلد.

(7 - 3) الاضطرابات الذهانية:

وهي اضطرابات نفسية تتميز بعدم تكامل شخصية الفرد ويفقدان اختبار الواقع واضطراب الإدراك ونكوص السلوك والمحتوى العقلي المريض وهي امتداد للاضطرابات الذهانية التي تصيب الراشدين. ويندرج تحت هذا النوع من الاضطرابات: خبل الشيخوخة وما قبل الشيخوخة، الذهان الكحولي، الاضطراب الذهاني المرتبط بعدوى المخ، الاضطراب الذهاني المرتبط بالزهري، زهري المخ والسحايا أو الشلل العام، زهري الأعصاب السحائي والأوعية الدموية، التهاب المخ البائي، التهاب المخ في حالة الأنفلونزا، التهاب المخ في حالة الحمى الروماتيزمية. والاضطراب الذهاني المرتبط بأمراض أخرى في المخ. ويندرج تحت هذا النوع من الاضطراب: الاضطراب الذهاني في حالة تصلب شرايين المخ، الاضطراب الذهاني المرتبط بضغط الدم المرتفع، الاضطراب الذهاني المرتبط بالصرع. وكذلك الاضطراب الذهاني المرتبط بحالات جسمية أخرى. ومنها: الفصام، والاضطرابات الذهانية الانفعالية ومنها اضطراب الهوس الاكتئابي، الذهان الانتكاسي، ذهان البارانونيد، اضطرابات رد الفعل الذهانية:

(7 - 4) الاضطرابات العصبية:

الاضطرابات العصبية هي مجموعة اضطرابات تنشأ من المحاولة التي يبذلها المريض لمواجهة المشاكل النفسية الداخلية والمواقف الخارجية الصعبة التي لا يستطيع المريض السيطرة عليها دون توتر أو دون الأساليب النفسية المضطربة التي يسببها القلق الناشئ عن الصراعات. ومن الاضطرابات العصبية عصاب القلق، عصاب المخاوف، عصاب الوسواس القهري، عصاب الهستيريا، الاكتئاب العصبي، النيوراستينيا، عصاب توهم المرض، وعصاب انعدام الذاتية

ثامناً: الرعاية الصحية والخدمية للمسنين ورعايتهم:

اهتمت الدراسات والبحوث المتعلقة بالشيخوخة بشتى جوانب الحياة المتعلقة بالمسنين سواء اشتملت هذه الجوانب على الخصائص والسمات الجسمانية والانفعالية والاجتماعية. او ما تتركه رعاية المؤسسات الرسمية وغير الرسمية لهم من أثر في التخفيف من حدة المشكلات التي يعانون منها كلما تقدم بهم العمر.

فقد القى بيراردو (Berardo, 1967) الضوء على مستويات التوافق الاجتماعي لدى المترملين من الجنسين وحدد هذه المستويات بمتغيرات كل من: الظروف والاحوال الاقتصادية، وشروط الحياة، واستخدام الوقت، والانعزال الاجتماعي، والعلاقات الاجتماعية وتكوين الصداقات، والمشاركة الاجتماعية. وبين في دراسته الى ان اتجاه المترملين الذكور نحو العزلة يفوق بكثير اتجاه المترملات نحوه. وان الذكور اقل من الاناث في الاكتفاء الذاتي مشيراً في هذا الصدد الى ان 9 مترملات من كل 10 يعشن بمستوى متدن من الدخل بحيث لا يزيد المصروف السنوي لدى الواحدة منهن عن 3000 دولار وهن يعتمدن على المساعدات المالية التي تقدم لهن من الغير. كما انهن أكثر اهتماماً وتقبلاً بالمشاركة الاجتماعية من المترملين. وأشارت هيرلوك (Hurlock, 1980) الى الآثار التي تحدث نتيجة التغير السريع في الدور مستخدمة في ذلك مصطلح أزمة الهوية Identity Crisis للدلالة على تلك الآثار. وأكد فنجلر (Fengler, 1979) الى ان الزوج يحصل على مكانته الاجتماعية من خلال دوره كمصدر للرزق. وان الكثير من أنشطته وصداقاته التي يبنها مع الآخرين ترتبط ارتباطاً مباشراً بعمله. وعندما يفقد ازاء هذا التقاعد في غاية الأهمية في تضاعف مشاكله او في التخفيف عنه من ضغوط هذا الدور. ويمكن تلخيص المشكلات الشخصية التي تنتج عن التقاعد بالنقاط الرئيسية التالية:

- حدوث نوع من العزلة الاجتماعية مما يصبح لازماً على المتقاعد البحث عن وسيلة يوجه بها نفسه، وينمي بعض مهاراته الاجتماعية الانفعالية Social emotional skills.

الإرشاد النفسي لكبار السن

- فقدان المكانة الذاتية Status Identity فالوظيفة تمنح الفرد هبة ومكانة امام زوجته وابنائهم. وهذه الهبة تضعف بالتقاعد.
- فقدان الجماعة الخاصة بالعمل Peer group التي يرتبط الفرد معهم من خلال العمل. تضعف هي أيضا بالتقاعد.

وأشار أتشلي (Atchley, 2005) الى ان التقاعد قد يكون مقبولا من الزوجين اذا كانا يتمتعان بصحة جيدة ووضع اجتماعي واقتصادي متوسط أو عال. وقد يكون غير مقبول وله آثاره السلبية اذا كان الزوجان ممن ينتمون الى الطبقات الدنيا.

وللتقاعد تأثيراته على الأدوار الاجتماعية لأسباب عديدة من أبرزها:

- ان التقاعد يوفر الوقت (بسبب الانقطاع عن العمل) مما يمكن المتقاعد من أداء بقية الأدوار.
- ان التقاعد يغير من القدرة الاقتصادية للمتقاعد. وهذا يؤثر سلبا على قدرة المتقاعد على القيام بالأدوار الاجتماعية الأخرى.
- ان التقاعد في حد ذاته يغير من طريقة أداء المتقاعد لأدواره الأخرى.

وقد أشارت الدراسات والبحوث المتعلقة بالشيخوخة الى عدد من العوامل الأساسية ذات العلاقة بالتوافق الايجابي للمسن اشتملت على الآتي (Glamser, 1981):

- الدخل الاقتصادي الجيد.
- مستوى متقدم من العلاقات الاجتماعية.
- مستوى جيد من الصحة الجسمية وعدم وجود اعاقه جسمية.
- التخطيط القبلي لمرحلة التقاعد.

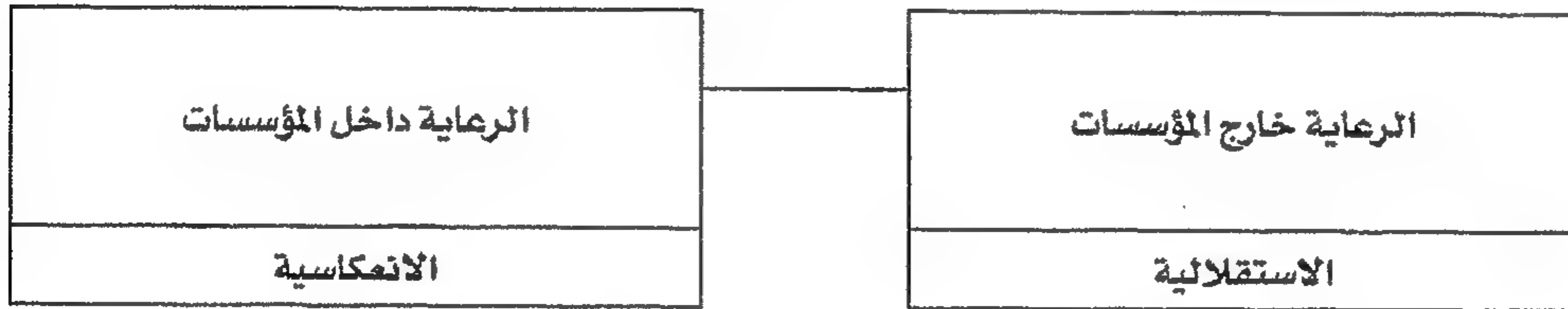
وعرض هيلمز وتيرنر (Helms & Turner, 1999) مقترحات هافجهرست حول مطالب مرحلة الشيخوخة بما يلي:

- التوافق مع كل من: الضعف الشامل للصحة العامة، والتقاعد وتدني مستوى الدخل المطلوب، وموت رفيق العمر (الزوج أو الزوجة) (Schwartz, 2001).
- تكوين العلاقات الاجتماعية الجديدة.
- تطور الادوار الاجتماعية وتنميتها لتناسب والمستوى العمري للمسن.
- توفيق الخدمات الصحية والمنزلية للأفراد المسنين.

ان الاشخاص الكبار بالسن والذين هم بحاجة ماسة الى خدمات متعلقة بالصحة من الممكن ان يبحثوا عن مستويات مختلفة من الرعاية الصحية من مصادر متنوعة للاوضاع الخدمية. فالتدخل العلاجي المتعلق بالصحة يمكن ان يقدم للكبار على اساس خدمة داخلية او خارجية او منزلية.

فالرعاية الداخلية تقدم في اوضاع يكون الكبير فيها نزيل المؤسسة الصحية. وبالنسبة للأفراد الذين يبقون في منازلهم او مع اسرهم ويعيشون مع آخرين فان خدمات المرضى الخارجيين المستندة الى المجتمع المحلي تقدم كبديل عن الخدمات الداخلية. وان الافراد غير قادرين على مغادرة منازلهم ليحصلوا على الخدمات الصحية التي يحتاجونها. فالعناية التي تقدم لهم داخل المنزل يمكن ان تكون البديل المفضل. وهذه المستويات الثلاثة الواسعة للرعاية (الداخلية والخارجية والمنزلية) تكون وضعاً متصلاً يمتد بالاوضاع الخدمية ويتدرج من الايواء المؤسساتي الى البرامج والخدمات الخارجية.

(8 - 1) الرعاية المستديرة والاوضاع الخدمية:



مستشفيات العناية المركزة ومراكز إعادة التأهيل	الادخال في دور التمريض	العيش في دور التقاعد	خدمات منزلية والعيش مع مقدمي الخدمات	خدمات جماعية وخدمات لا تتوفر	عيش مستقل
--	------------------------------	-------------------------	--	---------------------------------------	--------------

وتقدم خدمات الرعاية غير المؤسسية في اوضاع مختلفة ومتباينة لكبار السن استناداً الى كون الشخص الكبير المستفيد من تلك الرعاية يعيش في بيئته باستقلالية تامة. او انه يعيش مع جماعة متقاعدة. وقد اشار الزبيدي (2009) الى نوعين من البرامج التي يمكن تقديمها لكبار السن هما:

(1) برامج الرعاية اليومية للكبار:

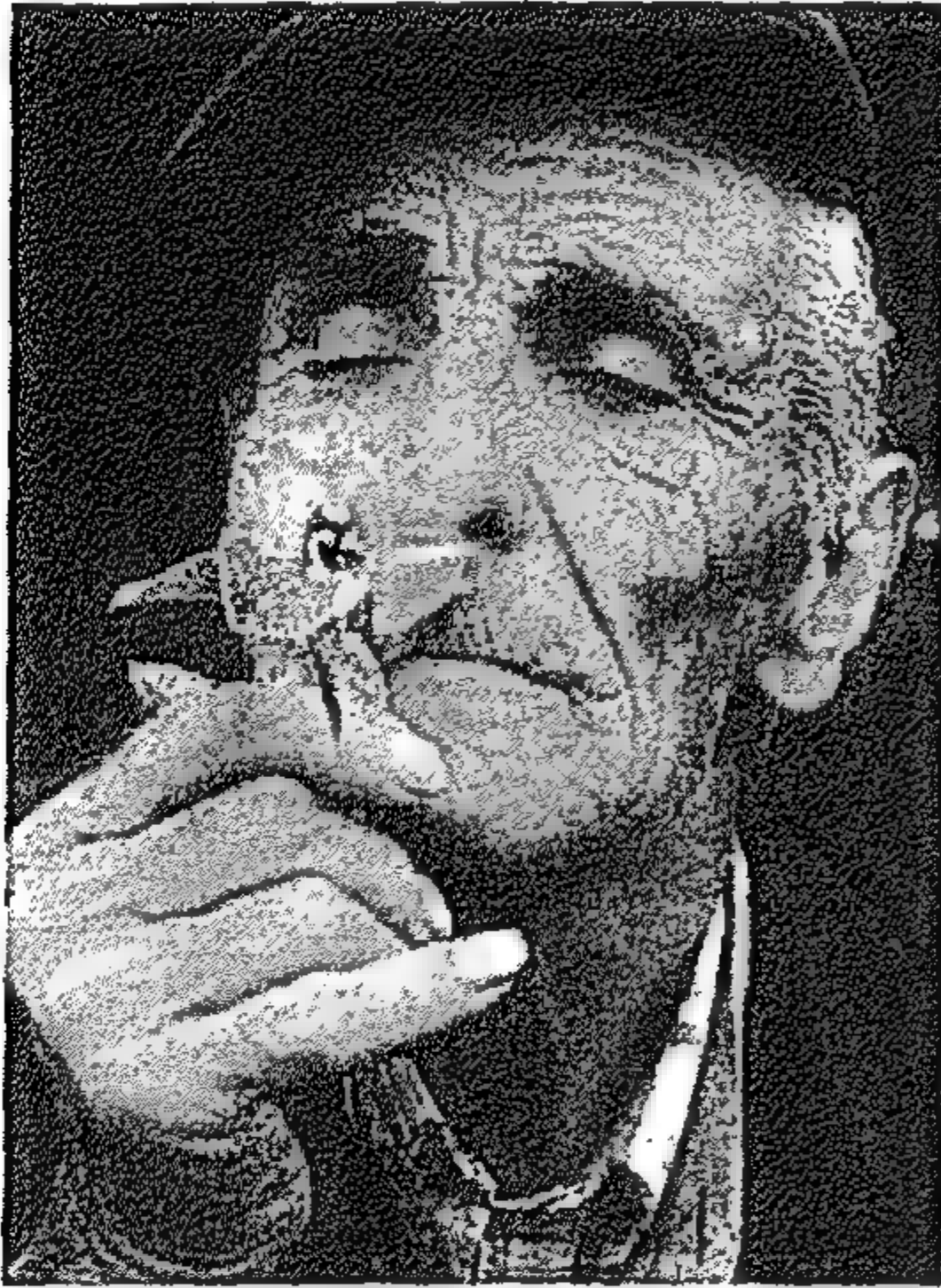
تركز هذه البرامج على تزويد كبار السن بخدمات صحية وإعادة تأهيل تشابه كثيراً تلك التي تقدم في المستشفيات ودور التمريض. فالاشخاص الذين يرتادون برامج الرعاية الصحية اليومية للكبار اما انهم يعانون من مستويات متزايدة من عدم القدرة نتيجة لمشاكل صحية

الإرشاد النفسي لكبار السن

مزمنة أو انهم قد اخرجوا حديثا من المستشفيات أو مراكز إعادة التأهيل وأن الاهداف الاولية الاساسية للرعاية الصحية اليومية للكبار هي منع تراجع اكثر في الموقف الصحي للشخص الكبير في السن وتزويده بخدمات إعادة التأهيل التي تحفظ للفرد أو تعيده الى مستواه السابق من حيث الاداء الوظيفي.

(2) برامج النشاطات اليومية:

وهي اكثر اجتماعية في تركيزها بحيث تبني النشاطات من اجل تزويد المستفيدين بمنبهات اجتماعية وانفعالية أو وجدانية وبدنية كاملة وموسعة. وبذلك تمنع فقدان والهبوط المرتبط بالمرض المزمن أو الامراض الانعكاسية. والافراد الذين ينضمون لبرامج النشاط اليومي للكبار لا يحتاجون بصورة نمطية الى مساعدة طبية جارية اعتيادية أو اشراف. وانما هم يحتاجون عادة الى انغماس في نشاطات مبرمجة وافادة من الاسناد الاجتماعي الذي يصنف هذه البرامج ويستفيد كذلك اعضاء اسرهم أو مزودوا الرعاية من خلال جعلهم قادرين على العمل ويتمتعون ببعض الراحة جراء تزويدهم بالرعاية ولديهم بعض الوقت للحصول على الرعاية. الا ان اثمان الرعاية المقدمة للكبار عالية التكاليف تبعا لنوع الرعاية المقدمة لكبير السن.



وتمثل مؤسسات رعاية الكبار في الولايات المتحدة الامريكية صورة نموذجية لاسلوب الرعاية والخدمات المقدمة لكبار السن. فبالاضافة الى الرعاية اليومية لكبار السن هناك نماذج اخرى للخدمة المستندة الى المجتمع المحلي تتضمن خدمات بعيدة المدى. ومراكز خاصة بالمسنين متعددة الأغراض. بحيث توفر مدى واسعا من الخدمات تضم (Hawkins, et al.; 2006):

- فرصا تطوعية مثل البرنامج التطوعي للكبار المتقاعدين.
- خدمات الصداقة للزائرين.
- مساعدة من يقومون ببناء بيوت لهم أو الاقرباء.
- خدمات الاحصاء الصحي.
- برامج اللياقة البدنية.
- مساعدات السفر.
- النشاطات الترويحية.
- البرامج التعليمية.

وبالرغم من وجود العديد من مؤسسات الرعاية لكبار في مختلف الأماكن في العالم إلا أن العديد من كبار السن يفضل البقاء في منزله تجنباً لوضعهم في المؤسسات الخاصة حيث أن وضعهم في مؤسسات خاصة يؤدي إلى فقدانهم لاستقلاليتهم وخياراتهم ويصبحون أسرى قرارات الآخرين. وهو أمر غير مرغوب به من قبل معظم المسنين. وتشير الدراسات في هذا الصدد إلى أن ما نسبته 60% من المسنين قد وضعوا في مراكز الرعاية الصحية لأسباب غير طبية أو علاجية وإنما بسبب حاجتهم وافتقارهم إلى الاسناد من مجتمعهم المحلي. وتشير دراسات أخرى في هذا المجال أن كبار السن يرون أن البديل الأفضل لهم هو الرعاية المنزلية. حيث تمثل الخدمات داخل الأسرة مجالا ذا أولوية في التفضيل في شبكة خدمات كبار السن والتي تضم مساعدة صحية، وخدمات فترة الراحة الأسرية، والزيارة وتأمين الاتصال الهاتفي والحفاظ على العمل اليومي الذي يساعد كبار السن على البقاء في منازلهم لأطول مدة ممكنة.

هذا ويمكن أن تتجمع الخدمات التي تقدم داخل المنزل أيضا ضمن تصنيفات مثل:

- **الصحة المنزلية:** وتتضمن رعاية تمريضية وخدمات طبية اجتماعية ورعاية المساعدة الصحية المنزلية وخدمات الغذاء والحماية وامتدادات الأدوية والمعدات والعلاج المهني والوظيفي وعلاج الكلام والخدمات المتخصصة.
- **الاسناد الاجتماعي:** ويتضمن إدارة منزلية (أي خدمات عمل يومي، ورعاية شخصية ونقل ومواصلات، وخدمات رعاية، وضمان التأمين الهاتفي، وزيارات الأصدقاء، والتسوق وخدمات غسل الملابس).
- **برامج إدارة الحالات:** وتتضمن تصنيف واختيار المراجعين وتقدير الحاجة للخدمات، وتوصيف الخدمات والحصول عليها وتنسيقها ومراقبتها وإعادة تقييمها.

(8 – 2) الرعاية المؤسسية Institutional care:

تحرص مؤسسات الرعاية الاجتماعية عادة على توفير كل وسائل الرعاية والخدمات بهدف تخفيف حدة المشكلات التي يعانيها المسنون. (Ragan & Bowen, 2001) بحيث تشمل الرعاية على الجوانب الرئيسية التالية:

(1) الرعاية الصحية:

تعد الرعاية داخل المستشفيات للحالات الحادة أو الشدية وتسهيلات إعادة التأهيل من الأنواع الأكثر غلاء والتي تقدم أوسع مستوى من حيث الخدمات الطبية من جميع أوضاع الرعاية الصحية الأخرى.

وهناك انواع عديدة للتدخل الصحي واهدافه العامة في معالجة الكبار من اجل التأثير في الوضع الصحي العام ونوعية الحياة لهم (الزبيدي، 2009):

1. التدخل من اجل الوقاية Intervention through prevention:

ذلك ان قيم المجتمع وخبراته في جعل الحياة للفرد اكثر سعادة وراحة واوفر حظا لكبار السن ومع الارتفاع المستمر في تكاليف الرعاية الصحية لكبار السن وانبثاق الامراض المزمنة كمصدر اساسي للعجز وعدم القدرة والضعف من جانب والتشديد على التقدم في التقنية الطبية من جانب آخر كل ذلك قد خلق مجتمعا ذا ضغوط شديدة على نظام تقديم الخدمات الصحية. وبالتالي اصبح المختصون يبحثون عن طرق جديدة لحماية وتعميق الوضع الصحي والوظيفي لكبار السن. لاجل ذلك وحتى يتم الارتفاع بالصحة وتحسين الحياة لدى كبار السن. فقد وجدت ثلاث مستويات للوقاية هي:

- **مستوى الوقاية الاول:** ان الهدف الاساسي للوقاية الاولى هو في منع المرض والعوق والمحدودية الوظيفية والعجز والضعف. وتشتمل الوقاية الاولى على برامج تربية ونشر المعلومات. بهدف منع وقوع احداث طارئة لكبير السن والارتفاع بالصحة العامة واعلامه



بالمخاطر التي يمكن ان تؤدي الى احداث الجروح او المرض او الموت. وفي هذا الجانب يمكن استعمال الصفوف الدراسية والحلقات النقاشية والمواد المكتوبة والمعلومات السمعية البصرية وغيرها. كما يمكن استخدام الارشاد المجعي في مساعدة كبار السن على التخطيط لمرحلة التقاعد وايجاد المصادر البديلة للعطاء والانتاج وتحقيق الشعور بالرضا والسعادة حتى نهاية حياته.

- **المستوى الثانوي للوقاية:** ويهدف هذا المستوى الى الاقلال من اثر المرض المفاجيء او المزمن من خلال الاحصاء والتصنيف التشخيصي والبحث والاستقصاء المبكر والمعالجة من اجل تحسين الظروف. مما يحفظ للفرد اقل

مستوى من الوضع الصحي او اعادته الى المستوى السابق من الامكانية الصحية والوظيفية بالاستناد الى البحث والاستقصاء المبكر. ومن الخدمات النمطية التي يقدمها مجال

الوقاية الثانوية: التحري عن ضغط الدم المرتفع والكوئسترول وفحص البصر والسمع وتصوير الصدر.

● **مستوى الوقاية الثالث:** يهدف هذا المستوى من الوقاية الى الحد من مستوى العوق الوظيفي وادارة العملية التي يتحول العوق عن طريقها الى عجز حيث يأخذ هذا المستوى دوره ويمارس مهماته بعد حدوث حالة مرضية. ويعد ان تصبح تلك الحالة حرجية. ويعتبر دور هذا المستوى القيام بعمليات تتضمن وظائف احيائية لاعادة التأهيل والتركيز في الغالب على الاقلال من مخاطر العوق الاضاي في المستند الى انتشار الوضع الصحي الى مجالات وظيفية أخرى. لذلك، فان هذا المستوى يتضمن ارشادا في مساعدة المريض المراجع على التوافق مع مرضه الاخير ووضع خطط للارتقاء بنوعية الحياة لما تبقى من العمر. ومساعدته كذلك على مواجهة مرضه مع اعضاء أسرته او اصدقائه. بالاضافة الى تعريف المريض بالطبيعة الكلية للكائن الانساني وان المرض في مجال واحد من الوظائف سوف يؤثر عادة عليه في مجالات أخرى للوظائف الحياتية.

2. التدخل من خلال اعادة التأهيل Intervention through rehabilitation.

الهدف الرئيسي لكبار السن هو تعلم العيش بكرامة وسيطرة خاصة اولئك الذين يعيشون مع محدودية وظيفية تؤدي الى عجز او عدم قدرة. وان الفلسفة الاساسية التي تقوم عليها خدمات التدخل من خلال اعادة التأهيل يمكن بلورتها بالسؤال التالي:

ماذا يستطيع ان اساعد مرضاي ليعملوا من اجل انفسهم؟

إن هدف التدخل لاعادة التأهيل هو في تسهيل سيطرة الفرد على مؤهلاته المعرفية والانفعالية والاجتماعية والمحافظة عليها ضمن البيئة التي يعيش فيها. اما النشاطات التي تطبق في عملية التدخل لاعادة التأهيل فيتم اختيارها وتطبيقها على اساس قدرتها على الارتقاء بالعمل الوظيفي للفرد وتحقيق اقصى مستوى من الرضا له. فالاحساس بالسيطرة من خلال الاعتماد على الذات والاحساس بالاستقلالية عناصر متكاملة في تصميم الفعالية في تحقيق اهداف اعادة التأهيل. وان نوعية الحياة للفرد تعتمد على السيطرة الشخصية للفرد على الرعاية والمعالجة في عملية الارتقاء بالكفاية الوظيفية من خلال نشاطات الحياة اليومية والحركة والتفاعل الاجتماعي والتواصل والصحة النفسية.

أ. الرعاية المختلفة:

وتشتمل على تخصيص عدد من الافراد يقومون بالخدمات التمريضية للمسنين. ودار للصيدلة، وطبيب مسؤول يقوم بالكشف الطبي على مرافق الدار ونزلائها من المسنين وتقرير أنواع الأغذية المناسبة لكل نزيل في المؤسسة.

ب. الرعاية المهنية:

بحيث تهيء مؤسسات الرعاية للمسنين امكانية التدريب المهني على بعض الحرف بما يناسب وعجزهم كوسيلة لشغل اوقات الفراغ. وتأهيل البعض منهم لكسب العيش. (Robert, et al., 2000)

- **الرعاية الاجتماعية:** وتزود مؤسسات الرعاية للمسنين بأخصائيين اجتماعيين. وتم تحديد مسؤولياتهم في (Chi & Chou, 2001) بحث حالة المسن قبل التحاقه بالدار والتأكد من حاجته للرعاية منها، والعمل على تكييفه المسن على جو الدار ومحاولة حل مشكلاته وعلاجها، وتسجيل ملاحظاته الدورية، وتنظيم جميع أوجه النشاط المختلفة والعمل على التنسيق فيما بينها، وأن يكون حلقة اتصال بين المسن وأسرته، وادخال كثير من البرامج الاجتماعية في دار الرعاية لشغل اوقات فراغ المسنين، والاكثار من اتصال المسنين بالبيئة الخارجية اذا سمحت حالة المسن الصحية بذلك.
- **الرعاية الثقافية:** وتقوم مؤسسات الرعاية للمسنين بتنظيم الندوات الاجتماعية التي تتناول بشكل خاص الجوانب الدينية التي تبعث في نفوس المسنين الهدوء والسكينة، وتزويد المكتبة بالكتب والمجلات التي تتناسب مع لغات المسنين ومستوى قدراتهم على القراءة، والافادة من الوسائل السمعية والبصرية الحديثة في مجال الثقافة والتسلية.

ويتحدث الزبيدي (2009) عن متطلبات الرعاية الصحية وتحسين الوضع الوظيفي لكبار السن: مشيراً الى ان ثلث جميع خدمات الرعاية الصحية وانتاجاتها تستهلك في الوقت الحاضر من قبل مجتمع كبار السن. وأنه بالرغم من التحسن المطرد على مدى القرنين الماضيين في الرعاية الصحية لكبار السن الا ان الاهتمام لا زال محدودا بسبب الارتفاع في تكاليف الرعاية بصورة مستمرة. وان من المرجح ازدياد نفقات الرعاية الصحية في ايامنا هذه. وفي المقابل ازدياد



الحاجة الى خدمات الرعاية الصحية لكبار وادواتها مع زيادة اعمارهم. ويغض النظر عن المكتسبات الايجابية في توقع الحياة. فان نوعية العمر الكبير جدا لا تزال تشكل مشكلة لعدد مهم من الاشخاص المسنين. ونتيجة لذلك تستمر سيطرة العجز

والعوق في الارتفاع بين مجموعة معينة من الأشخاص الكبار في السن مثل: أولئك الذين لديهم وضع اجتماعي اقتصادي منخفض، والأشخاص الأقل تعليماً، والأقليات الإثنية والعرقية، والأسر الكبيرة جداً في السن.

(8 - 3) استراتيجيات الحد من مشكلات التوافق لدى المسنين:

عزيزي القارئ: في سن الخامسة والستين ينتشر التلف الحسي والحركي لدى المسن. إلا أن المسنين هم عادة أشخاص أكبر سناً من ذلك. فهم يعانون من تدهور وظيفي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية. ونظراً لما يعانيه المسن من عجز جسدي وعقلي. فإنه عادة ما يتطلب حماية ورعاية من الآخرين (ملحم، 1989) ويتطلب علاج الاضطرابات في مجمل الوظائف الحيوية لدى المسن أن يوجه الاهتمام ليس فقط إلى المسن نفسه. وإنما أيضاً إلى أسرته والمجتمع الذي ينتمي إليه. (Pettigrew, 2000)

وبالرغم من أن حدوث تغيرات في أنسجة المخ، وفي الأوعية الدموية الدماغية تؤدي بالضرورة إلى الأعراض الاكلينيكية وأن ندر المرض تؤدي إلى عجز عقلي بدني لديه. إلا أن التعرف على حالات الاضطراب العقلي غير الثابت للمسن وعلاجه فوراً. يساعد في تحقيق نوع من التحسن في الوظائف العقلية عند المسن. والتغلب على الاضطرابات أو الأمراض التي تثير هذا الاضطراب.

إن علاقة المسن - الطبيب تعتبر أمراً أساسياً في الرعاية الطبية النفسية الجيدة سواء داخل مؤسسة الرعاية أو خارجها بحيث تمثل هذه العلاقة العلاج الأساسي للمريض المسن. وتتيح فرصاً أوفر من أجل تزويد المسن بأوجه الخدمات العلاجية المختلفة بما في ذلك العلاج بالعمل. وإن الرعاية الطبية نفسها تساعد على أساس اعتقاد المريض بأنه قد حصل على المساعدة من صورة أبوية لها قدراتها الذاتية. (Pennequin, et al., 2000)

وهناك اتجاه آخر يؤكد على أهمية تقديم الرعاية لحالات الشيخوخة في المنزل إذا كان ذلك ممكناً. خاصة إذا ما واجه القائمون على الرعاية الصحية والنفسية بعض المسنين الذين يعتمدون على أنفسهم تماماً ويفضلون الاحتفاظ بحريتهم دون اعتماد على الآخرين. ومن الأفضل في هذه الحالة خفض التدخل إلى حده الأدنى. (Tiamiyu & Bailey, 2001)

ويجب أن توجه الأهداف العلاجية الخاصة بالمسنين نحو: خفض معاناة المسن بحيث تصبح شكواه في أدنى حدودها الممكنة. وتحسين سلوك المسن بحيث لا يكون مصدراً للشكوى. وزيادة كفاية المسن على تكوين الصداقات والاحتفاظ بها. وتحقيق سلوك جنسي مقبول اجتماعياً لدى المسن. والاستمرار في قيام المسن بعمله أو القيام بنشاط مكافئ له في إطار موارده المتبقية. واستخدام ذكاء المسن ومهاراته وخبرته من أجل تحقيق أداء طبيعي ومعتاد لدوره الاجتماعي

الإرشاد النفسي لكبار السن

ضمن أسرته وبيئته المحلية. وإثارة الدافعية لدى المسن بحيث تكون انتاجيته في أقصى حدودها الممكنة بحيث يستشعر لذة فيما يحققه من أهداف ويستعيد احساسه بقيمته وهويته.

وعلى المعالج ان يعمل بصفة خاصة على: تناقص مشاعر المسن الفعلية أو المتوهمة حول قلة حيلته أو مشاعر الخوف والغضب عنده. واستعادة ثقة المسن في نفسه وتقديره لذاته. وتقوية الدافعية لدى المسن نحو العمل. وتشجيع المسن على تنمية اهدافه واهتماماته.

ومن اجل تحقيق الرعاية الصحية والنفسية للمسن داخل أسرته ومجتمعه حيث تتزايد الآراء التي تتحدث عن ضرورة تبني سياسة الاحتفاظ بالمسنين ببيئتهم الاصلية (أي منازلهم دون انتزاعهم منها كلما كان ذلك ممكناً) فإنه لا بد من أن تعمل السلطات المسؤولة في الدولة على تركيز اهتمامهم في توفير وسائل الرعاية والخدمات المختلفة للمسنين في بيئتهم الاصلية. ويمكن في هذا المجال ان تقوم الهيئات التطوعية الاضطلاع بدور ايجابي في برامج الرعاية في المجتمع Community care وان تتحمل قدراً كبيراً من متطلباته وابعائه.

وحتى يتحقق الدور الايجابي والفاعل في تحقيق الرعاية الصحية والنفسية للمسن فإنه لا بد من توفير العيادات الخارجية. والمستشفيات النهارية Day hospitals، الاخصائيين الاجتماعيين والهيئة التمريضية العامة في المجتمع. والمراكز النهارية للمسن، المراكز المهنية للمسن والخدمات الخاصة بغسل الثياب Home laundry، ووجبات غذائية مطهية جاهزة Meals – On – Wheels، واندية للمسنين.

مراجع الوحدة السابعة

المراجع العربية:

- اسماعيل، عزت سيد (1983). الشيخوخة: أسبابها، مضاعفاتها، الوقاية والاحتفاظ بحيوية الشباب. الكويت: وكالة المطبوعات.
- تايلور، شيلي (2008). علم النفس الطبي. ترجمة وسام بريك وفوزي داود. عمان دار حامد للنشر والتوزيع.
- الزبيدي، على جاسم عكلة (2009): سيكولوجية الكبر والشيخوخة. اثراء للنشر والتوزيع، الاردن.
- السيد، عبد الحلیم وآخرون (2003): علم النفس العام، القاهرة: دار غريب.
- صادق، آمال وابو حطب، فؤاد (2005): نمو الانسان: من مرحلة الجنين الى مرحلة المسنين، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الخالق، أحمد (1998). قلق الموت قبل العدوان العراقي وبعده لدى طلاب جامعة الكويت. المجلة العربية للعلوم الانسانية. 16 (64)، 8 – 52
- عبد المعطي، حسن مصطفى (2003). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة: الاسباب – التشخيص – العلاج. القاهرة: دار القاهرة
- القوصي، عبد العزيز حامد (1980). الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية
- ملحم، سامي محمد (1989). الشيخوخة: دراسة ميدانية حول تأثير برامج الرعاية على مشكلات التوافق لدى المسنين بالمملكة العربية السعودية. فلوقة منهجية البحث العلمي في تعليم الكبار. كلية التربية/ جامعة الملك سعود – الرياض. من: 15 – 19 / 5 / 1409 هجرية/ الكتاب العلمي للندوة.
- ملحم، سامي محمد (2013): علم نفس النمو: دورة حياة الانسان. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

- Atchley, R.;(2005) **Adjustment to loss of job at retirement. International journal of aging and human development.** Vol. 6 (2), 1975. PP: 17 – 27
- Baron, A. B. , & Kalsher, J. M.:(2007) **Essentials of Psychology.** Boston: Allyn and Bacon
- Belsky, J.; (1999). **The psychology of aging.** New York: Brooks/ Cole Publishing company.
- Berardo, F. M.; (1967). **Social adaptation to widowhood among a rural – urban aged population.** Report no: Bull – 689. Washington state university, Pullman. Coll of agriculture.
- Bernstein, D., A., Pernner, L., A., Stewart, A., C., & Roy, E., J.; (2006). **Psychology.** New York: Houghton Mifflin Company.
- Birren, J. E. ; (1994). **The psychology of aging.** New Jersey: Prentice – hall, Inc.
- Blumenthal, S. J.; (1990). Youth Suicide: Risk factors assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patient. **Journal of pshiatry cilinic. North American.** 13. 5
- Cavanaugh, J.; (1997). **Adult development and aging.** New York: Brooks/ Cole Publishing company.
- Chi, Iris; Chou, Kee – Lee.(2001). Social Support and Depression among Elderly Chinese People in Hong Kong. **International Journal of Aging and Human Development;** v52 n3 p231 – 52
- Gibson, J. T.:(2005) **Living: Human development through the life span.** Addison wesley publishing company.
- Glamser, F., D.:(1981). The impact of pre – retirement program on the retirement experience. **Journal of Gerontology.** Vo. 36, pp. 244 – 250
- Gurege, O. (2008), Treating chronic pain in the context of comorbid depression. **Journal ofPain,** 134, 3 – 4.
- Havighurst, R. J., et al.:(1998). **Sh: Disengagement and patterns of aging. Middle age and aging.** Edited by Neugarten, B. L. Unversity of Chicago press. PP: 161 – 172
- Hawkins, B. A., May, M. E. & Rogers, N. B.(2006) ;**Therapeutic activity intervention and practice.** Pennsylvania: Venture publishing.
- Helms, B. D. & Turner, S. T. (1999). **Contemporary Adulthood,** London: W. B. Saunders Company.

- Hurlock, E.;(1980) **Adolescence development**. New York: McGraw – Hill.
- Kendall, P. C. & Hammen, C.; (1998). **Abnormal psychology: understanding human problems**. Boston: Houghton Unifying. Co.
- Kimmel, D. G.;(2001) **Adulthood and aging**. New York: John Wiley & Sons INC.
- Kosslyn, S., M., & Rosenberg, R., S.; (2004). **Psychology: The Brain, The Person, The World**. New York: Pearson Education Inc.
- Papalia, D., E., Sterns, H., L., Feldman, R., D., & Camp, C., J.; (2002). **Adult Development and Aging**. Boston: McGraw Hill.
- Patrick, Julie Hicks; Cottrell, Lesley Epperly; Barnes, Kristi A..(2001). **Gender, Emotional Support, and Well – Being among the Rural Elderly**. *Sex Roles: A Journal of Research*; v45 n1 – 2 p15 – 29 Jul.
- Pennequin, Valerie; Fontaine, Roger.(2000). **Training the Elderly: The Example of Class Inclusion**. *Adultspan Journal*; v2 n2 p68 – 88 Fall.
- Peterson. C.;(2005) **Introduction to psychology**. New York: Harper Collins publishers.
- Pettigrew, Karen E..(2000). **Lay Information Provision in Community Settings: How Community Health Nurses Disseminate Human Services Information to the Elderly**. *Library Quarterly*; v70 n1 p47 – 85 Jan.
- Ragan, Amie M.; Bowen, Anne M..(2001). **Improving Attitudes Regarding the Elderly Population: The Effects of Information and Reinforcement for Change**. *Gerontologist*; v41 n4 p511 – 15 Aug.
- Rathus, S. A.;(2002) **Psychology In the millennium**. New York: Hartcourt college publishers.
- Robert, Roxanne; Mosher – Ashley, Pearl M..(2000). **Factors Influencing College Students To Choose Careers Working with Elderly Persons**. *Educational Gerontology*; v26 n8 p725 – 36 Dec.
- Rohwer, Jr. W. D., et al.;(2004) **Understanding intellectual development: Three approaches to theory and practice**. Hinsdale, Illinois: The Dryden press.
- Rusu, A.C., Hasenbring, M. (2008), Multidimensional Pain Inventory derived classifications of chronic pain: Evidence for maladaptive pain related coping within the dysfunctional group, *Journal of Pain*, 134, 80 – 90.
- Schneider, F. & Welkowitz, L.; (1996). **The hidden face of shyness**. New York. Avon Books.

- Schwartz, Lisa K.; Simmons, Joseph P.(2001). **Contact Quality and Attitudes toward the Elderly**. Educational Gerontology; v27 n2 p127 – 37 Mar
- Sternberg R.;(2004) **Psychology**. Australia: Thomson Wadsworth.
- Tiamiyu, Mojisola F.; Bailey, Lisa.(2001). **Human Services for the Elderly and the Role of University – Community Collaboration: Perceptions of Human Service Agency Workers**. Educational Gerontology; v27 n6 p479 – 92 Jul – Aug.
- Wade, C. & Tavris, C.;(2003) **Psychology**. New York: Harper Collins College publishers.
- Walker, L.S., Smith, C.A., Garber, J., Claar, R.,L. (2007), Appraisal and coping with stressors by pediatric patients with chronic Abdominal pain. **Journal Of Pediatric Psychology**, 32 (2), 266 – 216.
- Ward, R.;(1984). **The aging experience: An Introduction to social gerontology**. New York: Harper & Row company.
- Wright B. & Weiss, J. P.;(2009) **Social problems**. Boston: Little Brown and company.

(ملحق)

التعريف بمصطلحات

التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي



(ملحق)

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

A

• **ذهان Abalienated**

مصطلح يرتبط بالأمراض الذهانية

• **التحقير أو الاذلال Abasement, self**

الحاجة الى الازعان والتسليم والاعتراف والتكفير وتقبل العقاب.

• **العجز عن الشيء وعن تنسيق حركاته Abasia**

اضطراب حركي لأسباب جسمية أو انفعالية.

• **شذوذ/ انحراف Aberrant**

مصطلح يشير الى البعد أو الانحراف عن الصورة العادية

• **انحراف Aberration**

الانحراف عن الصورة العادية أو السوية. وقد يشير هذا المصطلح الى الشذوذ في التوزيع الصبغي أثناء انقسام الخلية أو الاختلال العقلي.

• **احجام Abient/ Adient**

تجنب مصدر الاستثارة، وهو نقيض الاقدام.

• **القدرة Ability**

مهارة حاضرة في أداء عمل جسمي أو عقلي، سواء قبل التدريب أو بعده وهي تشير الى ما يفعله الفرد بالفعل وليس ما يستطيع فعله اذا ما درب التدريب المناسب.

• **تصنيف تبعاً للقدرة Ability grouping**

يتمثل في تجميع التلاميذ داخل اقسام أو شعب تبعاً لكفاءتهم أو انجازاتهم في مجالات دراسية معينة. وغالباً ما يحدث بناء على اساس الانجاز الاكاديمي. أو تبعاً لنتائج أداء اختبارات مقننة.

• **Ability profile** رسم بياني للقدرة

رسم بياني يوضح المستوى الدراسي. او المستوى العمري المساوي لطفل معين. ويوضح به جوانب القوة والضعف لأبعاد القدرات المختلفة لهذا الطفل.

• **Ability test** اختبار القدرة

اختبار يقيس المدى الذي يتمكن فيه الفرد من أداء أعمال معينة

• **Ability training** تدريب القدرة

منحى علاجي و ندخل تعليمي يستخدم بصورة شائعة في مجال التربية الخاصة.

• **Ablaction** فطام

فصل الرضيع عن عملية الرضاعة. او انقطاع افراز اللبن من الأم وهو مرادف لمصطلح Weaning

• **Ablepsia** فقدان البصر

حالة مرضية نجد فيها فقدان كلياً او جزئياً لحاسة البصر.

• **Abnormal** غير سوي

متباعد قليلاً او كثيراً عن السوي

• **Abnormal fixation** التثبيت المرضي/ او الشاذ

عادة متجمدة مقولية تقاوم التغير بشدة

• **Abnormal psychology** علم نفس الشواذ

أحد فروع علم النفس يهتم بدراسة الامراض النفسية

• **Abnormality** شذوذ – لاسوية

حالة انحراف عن الشيء العادي او المألوف.

• **Abortion** اجهاض

انفصال الجنين عن رحم الأم ويحدث ذلك لظروف داخلية

• **Aboulomania** الهوس المصاحب لعجز الارادة

اضطراب عقلي بضعف الارادة او الحيرة والتردد.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• **Absence / غيبوبة**

فقدان مؤقت للشعور

• **Absentminded**

حالة عقلية نجد فيها الفرد منشغلا بأفكار غير عادية وليس على وعي بالظروف البيئية من حوله.

• **Absolute threshold**

أصغر شدة للمؤثر يمكن للملاحظ ان يحس به

• **Absorption curve**

منحنى يظهر درجة التشبع لشيء ما مثل ورقة شجر خضراء بأطوال الموجات الضوئية المختلفة او عكسها لها.

• **Abstraction**

عملية عقلية معرفية بها يتم تكوين الافكار المجردة (التفكير التجريدي) عن طريق تجريد خاصية واحدة للشيء من خصائصها الاخرى، بحيث تبين العناصر المشتركة بين الاوضاع والامور المختلفة (تجريد جانب واحد من الجوانب الاخرى التي يرتبط بها في الواقع).

• **Abstract concept**

فكرة او تصور لموقف ما او موضوع معين. يمكن اختياره من اية خصائص بيئية معينة.

• **Abstract intelligence**

القدرة العقلية على تفهم المواقف الرمزية او غير الملموسة

• **Abstract reasoning**

القدرة على اشتقاق المعاني من الرموز. والقدرة على تفهم العلاقات والتعامل مع الافكار والتصورات والرموز غير الملموسة.

• **Abstract thinking**

التفكير بالمفاهيم والمبادئ العامة وذلك خلافا للتفكير بالاشياء المحدودة.

• **Abulia**

حالة مرضية تتصف بعدم القدرة على اتخاذ القرار والتردد. والمباداة الضعيفة في الأعمال.

• **Abused child** **طفل سيء**

طفل يتصف بالازعاج وعادة ما يكون مصدر ضيق للآخرين

• **Academic achievement** **انجاز اكااديمي**

المستوى الدراسي الذي يكوه عليه الفرد

• **Academically talented** **موهوب اكااديمي (دراسي)**

مصطلح يصف التلاميذ ذوو الانجاز الاكااديمي او الدراسي المرتفع.

• **Academic aptitude** **استعداد اكااديمي (دراسي)**

مجموعة مؤلفة من القدرات والامكانيات اللازمة لانجاز الاعمال الدراسية.

• **Accommodation** **مطابقة، ملائمة**

تغيرات في آلية عدسات العين وذلك بالنسبة للمسافات المختلفة.

• **Achievement** **الانجاز**

دافع انساني ايجابي، يعني سعي الفرد الى مستوى من الامتياز او التفوق. وهو خلاف القدرة Ability وذلك على اعتبار ان الانجاز امر فعلي وليس امكانية.

• **Achievement motive** **حافز الانجاز**

حافز يستهدف الانجاز. ومثله مثل رغبة الانسان في التأثير في الآخرين عن طريق انجازاته الايجابية.

• **Achievement test** **رائز الانجاز (اختبار الانجاز)**

رائز متميز عن روائز الذكاء او الاستعداد، وهو يقيس ما انجز في حقول معينة من مثل الرياضيات او التاريخ او اللغة...الخ.

• **Achromatic** **لا لون له**

بدون صبغة كالصورة بالابيض والاسود

• **Achromation** **عمى الالوان العام**

عدم القدرة على تمييز الالوان ورؤيتها جميعا كأنها اطباق من الرمادي

• **مكتسب Acquired**

متعلم اثناء حياة الفرد.

• **ضعف او تخلف عقلي Acraleptic**

حالة تتصف بعد القدرة على الفهم والتردد والشك

• **صعوبة الادراك – عدم الفهم Actamathesia**

عدم القدرة على تفهم الكلمات التي تقال للفرد

• **صعوبة التعبير Actaphasia**

عدم القدرة على التعبير عن الافكار بصورة شفوية او بطريقة مترابطة

• **اسراع/ تعجيل Acceleration**

1. عملية نقل الاطفال الموهوبين في صفوف دراسية اعلى تبعا للمستويات العقلية

والتحصيلية وليس تبعا لمستوى عمرهم الزمني.

2. يستخدم هذا المصطلح في تعديل السلوك لكي يشير الى الازدياد في معدل حدوث السلوك.

• **التثبير/ التشكيل Accent**

تأكيد يعطي لمقطع لفظي او كلمة في اللغة الشفهية

• **تقبل Acceptance**

الاحساس بتفهم الافراد الاخرين للشخص. والشعور بحبهم له.

• **الوقت اللازم للوصول Access time**

الفترة الزمنية التي يحتاجها المرء في الانتقال من نقطة او من مكان الى آخر. ويعتبر

هذا جانبا هاما في تخطيط وبناء الأجهزة ووسائل الراحة او القبول بمدار الاطفال المعوقين.

• **سهل المنال Accessible**

مصطلح غالبا ما يستخدم للإشارة الى التسهيلات البنائية التي تكون خالية من العوائق

والتي تستخدم بسهولة بواسطة الافراد المعوقين جسميا.

• **تأقلم Acclimation**

القدرة على التكيف مع البيئة او الموقف الجديد

• **تواؤم Accomodation**

عملية بناء او تعديل البناءات المعرفية. وبالتالي فان المعلومات الجديدة يمكن ان تتلاءم داخلها بصورة اكثر سهولة. وتتمثل في قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي مع البيئة المحيطة به.

• **مواؤمة العين Accomodation eye**

تكيف العين بواسطة تغيير شكل عدسات العين وبالتالي يتمكن الفرد الرؤية بوضوح لمسافات بؤرية مختلفة.

• **ضعف الحساسية Acenesthesia**

حالة تتصف بنقص الادراك العادي لجسم الشخص

• **لا مركزي Acentric**

الانحراف عن المركز. وعادة ما يستخدم هذا المصطلح لوصف مركزية الصبغيات او المركزية داخل الصبغيات.

• **انجاز Achievement**

قدرة مكتسبة مثل المستوى الدراسي

• **العمر التحصيلي (AA) Achievement age**

مصطلح يشير الى مستوى اداء الفرد. او درجة اختبار تحصيلي يحصل عليها الفرد بالمقارنة الى عمره الزمني. ومعدل اداء الجماعة التي ينتمي اليها.

• **دافع الانجاز Achievement motive**

دافع اجتماعي لانجاز شيء ذو قيمة او اهمية للتوصل الى متطلبات او معدل الامتياز فيما يفعله الفرد

• **حاصل او نسبة التحصيل Achievement quotient (AG)**

هو نسبة العمر التحصيلي كما يقاس بالاداء الفعلي على اختبار مقنن. أو الاداء المدرسي الذي يوضح الاداء المتوقع من الفرد.

• **اختبار تحصيلي Achievement test**

أداة مصممة لقياس معلومات الفرد ومهاراته وفهمه لجوانب موضوعية معينة. وهو اختبار لتقييم الأداء الأكاديمي أو الدراسي للفرد.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• **Achondrogenis** **قزامة**

صورة من صور القزامة. ويتضمن قصر شديد للأطراف والعمود الفقري مع وجود رأس وجذع عادي.

• **Achromate** **امى اللون**

الشخص المصاب بعمى الألوان بصورة كلية.

• **Achromatic** **لا لوني، لا صبغي**

مصطلح يشير الى عيب او خلل في القدرة على تمييز الالوان

• **Aclinesia** **عدم القدرة على الحركة**

حالة يظهر فيها لدى الفرد فقدان حس الحركة او عدم القدرة عليها.

• **Acnesthia** **عدم الاحساس بالآلم**

حالة مرضية نجد فيها الفرد وهو يفقد القدرة على الاحساس بالآلم

• **Acquired** **مكتسب**

خصائص او سمات يكتسبها الفرد من البيئة ولا ترجع الى الاصل الوراثي له.

• **Acquisition** **اكتساب**

التعلم الاولي للمعلومات او المهارات. او تلك المرحلة التي يتعلم فيها الفرد استجابة جديدة وتقوى هذه الاستجابة تدريجيا.

• **Acrimony** **قسوة / حدة**

مصطلح يشير الى خشونة الطبع او الى الصوت الأجش.

• **Acrocinesis** **زيادة الانفعال / كثرة الحركة**

حالة تتصف بالحركة المفرطة.

• **Activation** **زيادة الفعالية**

زيادة مستوى الفعالية مصحوبة بالانفعال والاثارة

• **فعالية، نشاط Activity**

(1) التغير أو الحركة بصورة عامة، (2) أية عملية عقلية أو بيولوجية متوقفة على حياة العضوية واستعمالها للطاقة المخزونة فيها (3) عملية عقلية أو حركية متوقفة على مبادرة الفرد (4) تحرك منظم.

• **خدمات برنامج النشاط Activity program services**

مجموعة من الانظمة المهنية المعروفة (فن،، موسيقى، رقص..الخ) ويكون لها اوقات محددة.

• **معززات النشاط Activity reinforcers**

النشاط المفضل الذي يؤديه الطفل بصورة متكررة ويبدو استمتاعه به.

• **العلاج بالأنشطة Activity therapy**

استخدام الأنشطة المرتبطة بصورة نموذجية بالفراغ وذلك لأهداف علاجية. مثل الفن والموسيقى. والحرف اليدوية والرياضة.

• **تحقيق/ تحقق Actualize**

عمل وأداء أشياء حقيقية او واقعية.

• **خطير / حاد Acute**

مراحل مفاجئة حادة للمرض. او تطور واضح سريع لاعراض مرض ما.

• **حدة Acuity**

القدرة على تمييز فروق المثير الصغيرة كأصغر الفروق بين نقطتين او شدتين من شدات المثير. حدة الحساسية.

• **المواءمة/ التوافق/ التكيف Adaptation**

العملية التي ينتج عنها تناقص في استجابة الفرد لمثير ما كوظيفة لتعرضه المستمر لهذا المثير.

• **التربية الجسمية التكيفية Adapted physical education**

برنامج ذو اهداف معينة.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

● **السلوك التكيفي أو التوافقي Adaptive behavior**

مدى فاعلية الفرد في امتصاص معايير الجماعة كالأستقلال الشخصي والمسؤولية الاجتماعية والتي يتوقع من الأفراد في مثل عمره الزمني وجماعته الثقافية أداؤها.

● **مقاييس السلوك التكيفي أو التوافقي Adaptive behavior scales**

مقاييس مصممة لقياس أداء الفرد في مجالات المهارات غير الأكاديمية والعقلية. كمهارات الحياة الاجتماعية. ومهارات النضج الاجتماعي.

● **ادمان Addiction**

عادة لا يمكن ضبطها ولها صفة قسرية. ومثالها ادمان المخدرات

● **اضافات لفظية (اضطراب كلامي) Addition (Speech disorder)**

اضطراب لغوي نجد فيها الحالة تضيف اصواتا معينة اثناء نطق الكلمات

● **خليط جمعي Additive mixture**

خليط الألوان الذي يحدث من خلط الاضواء. ان عجلة الألوان الدائرة تنتج مثل هذا الخليط.

● **خدمات مساعدة (للبرامج) Adjunctive services (Program)**

نوع خاص من الخدمات. او برنامج تكميلي تدعم البرامج التربوية الأساسية.

● **التكيف Adjustment**

العلاقة التي تحدث بين مطالب الفرد وحاجاته وامكانياته من ناحية وبيئته من ناحية أخرى.

● **مراهقة Adolescence**

تبدأ فترة المراهقة بالبلوغ وتنتهي بالوصول الى سن الرشد.

● **تبني Adoption**

الاتخاذ القانوني لطفل ما بغرض تنشأته وتربيته كما لو كان ابنا للمتبني

● **الغدد الكظرية Adrenal glands**

غدتان صماوان حجم الواحدة منهما كحجم حبة البازيلاء، موجودتان في اعلى الكليتين وتفرزان الأدرنالين. اما قشرتهما فتفرزان الكورتيزون.

• **الادرينالين Adrenalin**

الهرمون الذي يفرزه الكظران.

• **راشد Adult**

انسان استكمل نموه. ويختلف السن الذي يعتبر سنا للرشد قانونا من بلد الى آخر.

• **تعليم الكبار Adult education**

حركة اجتماعية هامة تهدف الى تعلم المعارف والمهارات المتطلبة لمواجهة احتياجات الفرد طوال الحياة.

• **يزني Adultery**

اتصالات جنسية محرمة اجتماعيا ودينيا

• **مرحلة الرشد Adulthood.**

• **مركز تدريب الكبار Adult training center**

تسهيلات تقدم للأفراد الراشدين لكي تمدهم بخبرات العمل المختلفة.

• **رد فعل معاكس Adverse reaction**

تتمثل في ردود غير مرغوبة. وقد يطلق على التأثيرات الجانبية الناتجة عن تناول دواء معين.

• **مقياس الاحساس الجلدي Aesthesiometer**

أداة لاثارة الحساسية الجلدية وقياسها. والنقطتان الرئيسيتان لهذا المقياس تقيسان حدة التمييز اللمسي.

• **التفضيل البديهي Aesthetic performance**

تفضيل مبني على الشعور كما هو الحال في الانشراح او عدمه المستعملين بصورة شائعة في الحكم على الاعمال الفنية.

• **وجدان، عاطفة Affection**

شعور وانفعال مميز بصورة عامة عن الادراك والارادة.

• **مؤثر/ مثير Affective**

مصطلح يرتبط بالانفعالات والاحاسيس او اتجاهات الفرد

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• **Affective disorder** اضطراب وجداني

اضطراب يتضمن شعور الفرد وانفعالاته

• **Affective experience** خبرة وجدانية

خبرة انفعالية سارة او غير سارة خفيفة او شديدة

• **Affective reactions** رجاء وجدانية (عاطفية)

الحالات الذهانية التي تنصف بالمبالغة في حالات المزاج.

• **Afferent** مورد حسي

ان الالياف العصبية والاعصاب الموردة تنقل الميزات من اعضاء الحس الى الجملة العصبية المركزية.

• **Affiliation** (او العشرة) التواد

دافع انساني ايجابي يعكس حاجة الفرد الى اقرار علاقة مع الآخرين قائمة على الصداقة والمحبة. او الاحتفاظ بها. او التوصل اليها.

• **After – image** صورة تالية

الصورة التي تتلو ابعاد المثير الخارجي.

• **Age** عمر

مصطلح يعني الوجود. وغالبا ما يقاس بالوحدات او بالوقت.

• **Age equivalent (AE)** العمر المتكافئ او المساوي

مصطلح يشير الى مستوى النمو لأي سمة او قدرة والتي يعبر عنها في وحدات العمر الزمني.

• **Age norms** معايير العمر

قيم عددية تشير الى معدل الأداء في اختبار او وسيلة معينة او في نشاط افراد جماعة عمرية معينة.

• **Agent** عامل / محرك

عامل او مادة معينة لها تأثير على الكائن الحي

• اتفاق/ انسجام Agreement.

• العدوان Aggression

نزعة مرضية تحرك صاحبها الى الاتيان بسلوك يقصد منه ايذاء او اقلاق شخص آخر أو موضوعات مستهدفة يوجه اليها السلوك العدواني. وقد يتضح العدوان في تعبيرات صريحة أو في أشكال رمزية. وكثيرا ما يكون العدوان استجابة للاحباط.

• فقدان الذاكرة لمعاني الامور A gnosia

خلل في الادراك بحيث لا يكون للاشارة او الانطباع معنى ولا يفهم. ويستعمل المصطلح في بعض الاحيان للدلالة على فقدان الذاكرة الحسية بصورة عامة.

• ارق Agrypnia

مصطلح يعني الارق ومرادف ل Insomnia

• ذهان مكحولي Alcoholic psychosis

مرض عقلي ناتج من تعاطي الكحول.

• عمى الكلمات Alexia

يحدث حين لا يستطيع شخص سبق ان تعلم القراءة فهم معاني الرموز البصرية.

• اغتراب Alienation

انفصال الفرد وأحاسيسه وافكاره ومعتقداته عن الوضع الاجتماعي او عن الافراد الآخرين الذين كان له علاقة معهم

• شبقية غيرية Alloerotion

نزعات شبقية نحو الافراد الآخرين وعكسها الشبقية الذاتية

• تكافؤ الضدين Ambivalence

انجذاب الشخص في اتجاهين متضادين كما يحدث حين يحب شخص انسانا ويكرهه في الوقت نفسه.

• متكافؤ الانبساطية والانطوائية Ambivert

شخص ليس له صفات انبساطية واضحة او صفات انطوائية بيّنة. انه وسط بين النهايتين.

• فقدان الذاكرة Amnesia

ضياع الذاكرة وذلك كما يحصل اثر ضربة على الرأس او صدمة عاطفية.

• لا اخلاقي Amoral

صفة للأفعال وسواها لا يميز صاحبها بين ما هو اخلاقي وغير اخلاقي.

• اميجدالا Amygdale

بناء في مقدم الدماغ هام في الاثارة الانفعالية وهو متصل اتصالا وثيقا بالهايبوثلاموس (ما تحت السرير البصري)

• صمم/ عدم السمع Anacusis

حالة تتصف بفقدان سمع كلي. وهو مرادف لمصطلح Anacusia

• شرجي/ استي Anal

مصطلح يشير الى الاست. ويعني عند اصحاب التحليل النفسي الى نمط الشخصية الذي يتصف بالنظافة المفرطة والترتيب الزائد

• شخصية استية Anal character

نمط من الشخصية تظهر ما يسمى عند التحليليين بالسمات الشرجية او الاستية والتي تشير الى النظام والترتيب المفرط.

• المرحلة الاستية Anal stage

المرحلة الثانية في النمو السيكلوجي الجنسي وفقا لنظرية التحليل النفسي (فرويد).

• فقد الاحساس بالألم Analgesia

الحساسية الضعيفة او عدم الاحساس بالألم

• التمثيل، المماثلة Analogy

نوع من المحاكمة قائم على التشابه بين شيئين والحكم عليهما بنفس الحكم.

• التحليل Analysis

عملية عقلية يتم بها فك ظاهرة كلية مركبة الى عناصرها وجزئياتها المكونة لها.

• تحليل التباين Analysis of variance

طريقة احصائية وضعها فيشر Fisher وطبقها بورت Burt على العلوم النفسية والتربوية. والهدف منها المقارنة بين مجموعات متعددة عن طريق مباشر. وهي تكشف عن مدى تجانس العينات ومدى انتسابها الى اصل واحد او اصول متعددة.

• محلات Analyses

يستغني بافلوف Pavlov عن كلمة (حاسة) ويستعمل بدلا عنها كلمة محلل التي تشمل كل أداة تحليلية في الجملة العصبية. فمثلا. المحلل البصري ينتخب ذبذبات الضوء في حين ينتخب المحلل السمعي امواج الصوت... وهكذا.

• محلل نفسي Analyst

معالج يشتغل بالعلاج النفسي تبعا لاتجاهات وخدمات التحليل النفسي. وقد يكون طبيبا او محلا نفسيا.

• علم النفس التحليلي Analytical psychology

(1) المحاولة المنهجية، بواسطة الاستبطان، لتحليل الحوادث النفسية الى عناصرها
(2) طريقة التحليل الفني التي استعملها يونغ Jung والسيكولوجيا المنهجية المرتبطة بهذه الطريقة.

• تاريخ المرض كما يقصه المريض/ الذاكرة Anamnesia

التذكر الشخصي/ او تاريخ حالة المريض.

• المرحلة الانفصالية Anaphase

مرحلة من الانقسام الغتيلي (انقسام الخلية غير المباشر) عند تحرك الصبغيات المنقسمة نحو الاقطاب المحورية او الطور البنائي في الانقسام الغتيلي.

• خدمات مساعدة/ تكميلية Anciliary services

وحدات وظيفية تدعم برنامج رئيسي. فمثلا انماط العلاج الكلامي. والعلاج النفسي. والعلاج الجسمي. يجب ان توضع في الاعتبار كخدمات مساعدة. او تكميلية لعملية التأهيل الطبي الشامل.

• اندروجين Androgen

الهرمون الجنسي الذكري ويسمى أحيانا التستوسترون.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

- **الطريقة القصصية (Anecdotal Method)**

وسيلة لتسجيل وتحليل سلوك الطفل عن طريق الملاحظة وتسجيل الملاحظة في صورة قصصية.

- **سجل قصصي Anecdotal record**

موجز مكتوب للسلوك المستخدم للمساعدة في تفهم فعالية الحالة.

- **خدر Anesthesia**

اشاعة الحس جزئيا او كليا ويستعمل هذا المصطلح بخاصة بالنسبة للاحساس الجلدي. ومثال ذلك فقدان الاحساس.

- **الغضب Anger**

انفعال يبدو كرد فعل حيال القيود التي قد تفرض على الفرد او التهديد الذي قد يوجه محوه. أو قد يكون وسيلة لجذب الانتباه او الحصول على الثواب. ويتم التعبير عن انفعال الغضب بطرق مختلفة. صريحة او مستترة. هادئة او عنيفة.

- **خلفة Anorexia**

فقدان الشهية الى الطعام بشكل واضح او مبالغ فيه.

- **سابق (متقدم) Antecedent**

حالة او حدث تسبق الاستجابة. ويلاحظ انه مرتبط بحدوثها.

- **حدث سابق (متقدم) Antecedent event**

الحادث غير المتوقع الذي يسبق استجابة. ويحكم عليها بأنها مرتبطة بالاستجابة.

- **مثير سابق (متقدم) Antecedent stimulus**

أي مثير يسبق السلوك. فقد يكون له صفة ضبط وتحكم في السلوك. او قد لا يكون له ذلك.

- **فقدان الذاكرة اللاحق Auterograde amnesia**

نسيان ما كان قد جرى اثناء حادث مزعج او بعده ويفترض ان سبب ذلك هو ان ما يجري لا يترك انطبعا.

- **مضاد للمجتمع Antisocial**

معاكس للمجتمع وللمنظمات الاجتماعية القائمة وقوانينها الاخلاقية.

• **سلوك لا اجتماعي Antisocial behavior**

نمط سلوكي عادة ما يكون مضادا لقيم واخلاق المجتمع المتعارف عليها.

• **استه، هرج Anus.**

• **غيرية Intrusions**

نوع من السلوك يهتم بمصلحة الآخرين ورفاههم بدلا من اهتمامه بمصلحة الانسان نفسه ورفاهه.

• **القلق Anxiety**

حالة انفعالية دافعية مركبة نستدل عليها من عدد من الاستجابات المختلفة. وقد يكون القلق موضوعيا كرد فعل طبيعي لمواقف ضاغط. أو مرضيا كحالة مستمرة منتشرة غامضة مهددة.

• **مصاب القلق Anxiety neurosis**

مرض نفسي يتصف بالقلق دون توفر الاسباب الكافية له.

• **رجاء القلق Anxiety reaction**

رجاء عصابية العرض الرئيسي فيها هو القلق. وحين تتخذ هذه الرجاء شكلها الحاد فقد تكون مصحوبة باضطرابات جسدية قاسية.

• **فتور الشعور Apathetic**

اللامبالاة. وهو عرض المشاعر التي تفتقد النشاط او القوة.

• **تبلد، لا مبالاة Apathy**

(1) حالة نفسية تتصف بغياب الشعور والانفعال وذلك في مواقف واوضاع تستدعي عادة مثل هذه الرجاء، (2) لا مبالاة مرضية تعتبر العرض الرئيسي في الحالات النفسية المرضية

• **فقدان الشهية Aphagia.**

• **الحبسة (الكلامية) Aphasia**

اضطراب يشتمل على اشاعة المعنى الكلامي من مثل اضاعة القدرة على فهم ما يسمع او ما يقرأ. اما الحبسة الحركية فهي اضاعة القدرة على اللفظ الواضح.

• **Aphrasia بكم**

عدم قدرة الفرد على التكلم أو الكتابة بصورة واضحة معقولة بسبب الإصابة بالشلل. أو قد يكون بسبب تجنب الآخرين.

• **Aphronesia خبل/ عته**

مرض عقلي يتضح في اعراض العته او الخبل او الجنون

• **Apraxia العمه الحركي**

اضطراب عقلي مصحوب بضرر دماغي. والعرض الاساسي لهذا المرض هو عدم القدرة على تذكر كيفية القيام بأفعال ماهرة كسوق السيارة مثلاً.

• **Appetite شهوة**

(1) الشهوة للطعام (الشهية). الاستعداد للأكل، (2) الشهوة الجنسية

• **Apprehension span مدى التبصر**

عدد من الاشياء او الموضوعات التي يدركها الفرد على نحو صحيح حينما تعرض لفترة طويلة تسمح بحركة العين.

• **Approach اقدام**

• **Approach – approach conflict صراع الاقدام/ الاقدام**

موقف يكون الفرد فيه في صراع نتيجة مواجهته امام هدفين او خيارين او اكثر مرغوبة بصورة متساوية. الا انهما خياران او هدفان متضاربان.

• **Approach – avoidance conflict صراع الاقدام الاحجام**

موقف يكون الفرد فيه واقع تحت صراع نتيجة مواجهته عمل اختيار او السعي لتحقيق هدف يكون له جانب سلبي وجانب ايجابي.

• **Appropriate behavior سلوك مناسب / ملائم**

انماط سلوكية مقبولة اجتماعياً. وتتمثل في الانماط السلوكية التي يرغب في تدعيمها، وعادة ما تكون الانماط السلوكية التكيفية

• الاستعداد Aptitude

القدرة الطبيعية لاكتساب انماط من المعرفة او المهارة. وتحدد باختبارات تعرف باختبارات الاستعداد.

• اختبار الاستعداد Aptitude test

مقياس يجري بغرض التعرف على امكانيات قدرة الفرد على اداء انماط معينة من النشاط. او التهيؤ للتعلم في مجال معين.

• الرطوبة المائية Aqueous humor

مادة مائية موجودة خلف العين.

• الوسط الحسابي Arithmetic mean

هو حاصل قسمة مجموعة القيم الاحصائية على عددها. وهو احدى القيم المركزية للتوزيعات التكرارية واهمها.

• فني Artistic

• العلاج بالفن Art therapy

استخدام الفن سواء كانت أنشطة او ادوات معينة كوسيلة لتخفيف التوتر الانفعالي وللأغراض العلاجية.

• معالج بالفن Art therapist

اخصائي مهني مدرب في استخدام وسائل الفن كوسيلة علاجية او للتعامل مع انماط متنوعة من الافراد المعوقين / او ذوي المشكلات السلوكية

• طموح Aspiration

التطلع الى الوصول الى هدف انجازي معين. ومن هنا كان مصطلح مستوى الطموح Level of aspiration

• تقييم Assessment

تقييم فرد فيما يخص صفاته المختلفة

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• التمثل Assimilation

- (1) ادراك معنى الاشياء او الظاهرات بواسطة استيعاب الحاضر في ارتباطه بالماضي.
(2) عملية تكييف المعلومات الجديدة وفقا لما يعرفه الانسان سابقا

• وسائل مساعدة Assistive devices

أدوات تعويضية. ماكينات، كمبيوتر، تستخدم لمساعدة الافراد المعوقين جسميا.

• الطريقة الترابطية Associated method

طريقة تدريبية متعددة الحواس. طورتها مارجريت مكجنز في المعهد المركزي للصم
بسانت لويس لتدريس الكلام. وبرنامج اللغة الكاملة للأطفال الصم والمصابون باضطرابات لغوية.

• ربط، ترابط Association

عملية الجمع والوصول. الربط بين مثير واستجابة او بين استجابتين متتاليتين او بين
فكرتين او اكثر.

• ربطية Associationism

النظرة الى التعلم بوصفه ناتجا عن الحدوث المعى للمثير والاستجابة. وبصورة اعم
النظرة الى ان العمليات العقلية تتربط حين تحدث معا.

• تداعي / ترابط Associative.

• نحيل Asthenic

نحيف، منتسب الى مقدمة الدريقة الخارجية (شلدون)

• التنجيم Astrology

اتجاه قديم لا علمي. يذهب الى اعتبار النجوم والاجرام السماوية والابراج الفلكية
تتحكم في مصائر الافراد وفي سير حياتهم بل وفي مستقبلهم مثلما يرد في بعض الصحف عن
التنبؤ بطالع الفرد.

• عدم التناسق العضلي Ataxia

• اكتساب، تحصيل Attainment

الحصول على المعارف والمهارات.

• ارتباط / التصاق Attachment

تعلق او وُلع مرضي بشخص آخر.

• الانتباه Attention

تركز نشاط اعضاء الحس على موقف مثير معين وانتفاء المثيرات ذات الدلالة.

• الاتجاه Attitude

استجابة ازاء موضوع معين (اجتماعي في الغالب) او رمز هذا الموضوع. تقوم على تنظيم للسلوك الذي يتضمن جوانب وجدانية ومعرفية ونزوعية لنماذج معينة من السلوك.

• تعلم الخصائص (تعلم خصائص المفاهيم) Attribute learning (Attribute concept learning)

شكل من اشكال تعلم المفاهيم. فيه ينبغي ان يلاحظ المتعلم الاختلافات بين المثيرات.

• سمعي بصري Audiovisual

يشتمل على السمع والبصر معا.

• حاسة السمع Audition

وهي الاحساسات التي تستدعيها الأذن كعضو السمع.

• ديكتاتوري Authoritarian.

• متوحد Autistic

متجه نحو الذات

• شبقية ذاتية Autoerotism

فعالية جنسية مصدرها الذات ومتجهة نحو الذات. نصف الحياة الجنسية للأطفال وبعض العصائين.

• الجملة العصبية المستقلة Autonomic nervous system

وتشتمل على الجملة الودية ونظيرة الودية. وهي تضبط الاعضاء الداخلية المختلفة (الاحشاء) للجسم من مثل القلب والمعدة والغدد، وهي مستقلة نسبيا.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

- الجهاز العصبي الذاتي (اللاارادي) Autonomous nervous system

احدى المجموعات الفرعية للجهاز العصبي التي تسيطر على تغذية جميع العضلات اللاارادية كالقلب وجدران الأوعية. وتخضع لتنظيم المخ.

- استقلال Autonomy.

- ايهاء ذاتي Autosuggestion

ايحاء صادر عن الفرد نفسه.

- القيمة المتوسطة Average

قيمة تمثل الوضع المركزي للتوزيع التكراري

- الاشراط الاحكامي (التجنبي) Avoidance conditioning

مزيج من الاشراطين الكلاسيكي والوسيلي ينظم بحيث يستطيع المجرب عليه ان يتصرف تصرفا يجنبه الصدمة او العقاب وذلك اذا قام باستجابة توقعية.

- التعلم الاحكامي Avoidance learning

تعلم الابتعاد عن المثيرات غير المرغوبة. من الناحية الاخلاقية غالبا. لأن استجابة الاقدام تخضع للكف بواسطة بعض جوانب الموقف للمثير التي ترتبط بالعقاب في الماضي. ومن امثلة هذا التعلم مقاومة الاغراء.

- التدريب الاحكامي (التجنبي) Avoidance training

تدريب العضوية على تجنب العقاب عن طريق القيام باستجابة مناسبة.

- وهي/ فهم Awareness

- محور Axis

للخط لبياني محوران احدهما عمودي والآخر افقي.

- محور الخلية العصبية Axon

الجزء من الخلية العصبية الذي يحمل التيار العصبي بعيدا عن جسم الخلية والى الفرجون النهائي.

B

- خلفية Background

في الإدراك البصري كل ما يظهر في الساحة الخلفية من صورة أو شكل مجسم ولا ينتمي اليها أو اليه.

- الاشرط الرجوعي Backward conditioning

اشرط كلاسيكي يسبق فيه المثير غير الاشرطي المثير الاشرطي. وهو اشرط يحدث بصعوبة.

- الغشاء القاعدي Basilar membranes

غشاء موجود في قاعدة قناة قوقعة الاذن وله وظيفة هامة في السمع.

- النبضات Beats

تذبذبات دورية في ارتفاع الصوت ناتجة عن مقامين صوتيين من تكرار متماثل.

- صيرورة Becoming

- السلوك Behavior

(1) نشاط الكائن الحي (الأورجانزم) قابل للملاحظة والاستنتاج. وهو نشاط كل مركب يتضمن جوانب معرفية وحركية وانفعالية. (2) كل ما تفعله العضوية أو تقوله.

- المدرسة السلوكية Behaviorism

نظرية شائعة في علم النفس الحديث. مؤسسها واطسون عالم النفس الأمريكي. تذهب الى ان الموضوع الملائم فحسب لعلم النفس هو السلوك القابل للملاحظة والقياس. وان الملاحظات الموضوعية للسلوك تمثل المضامين الملائمة لعلم النفس.

- تعديل السلوك Behavior modification

- كينونة Being

- اعتقاد Belief

قبول مبدأ أو نظرية أو قول أو سواها على اساس من براهين تعتبر مقبولة.

- نظام المعتقدات Belief system.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• **تقليل شأن الآخرين Belittling**

رجع تعويضي يزيد الفرد في تقديره لذاته عن طريق التقليل من شأن ما يفعله الآخرون أو ما كانوا قد فعلوه.

• **المنحنى الجرسى Bell – shaped curve**

منحنى على شكل الناقوس ويمثل بشكل عام التوزيع الطبيعي لأية ظاهرة نفسية أو اجتماعية أو فيزيائية في عينة عشوائية أو في المجتمع الإحصائي كلية.

• **جنسية حيوانية Bestiality**

التواصل الجنسي بين إنسان وحيوان

• **منماز Bias**

• **طريقة ترجمة الحياة Biographical method**

تتبع نمو السلوك عن طريق سرد الحوادث التي حدثت في مختلف مستويات العمر

• **لوم Blaming**

• **لوم الآخرين Blaming others**

التماس العذر للذات بنسبة اللوم على الآخرين.

• **البقعة العمياء Blind spot**

البقعة غير المحسوسة على شبكية العين. حيث لا يتم توصيل المدرك البصري من مقلة العين إلى مراكز البصر في الدماغ.

• **ملل Boredom**

حالة تشتت الانتباه غير سارة. ناتجة عن رقابة العمل الذي يقوم به الإنسان ووجود موانع تمنع من تغييره.

• **الدماغ Brain**

مصطلح يدل على مجموع النسيج العصبي الموجود في أعلى الحبل الشوكي ويشتمل على جذع الدماغ والمخيخ والمخ كما يمثل الجزء الأكبر من الجهاز العصبي المركزي. ويقع في التجويف الجمجمي.

• النشاط الانعكاسي للمخ Brain reflective activity

نشاط المخ الانساني في أن يعكس الواقع الموضوعي المؤثر على الكائن الحي. حيث تحدد العلاقة المتبادلة بين الميكانيزمات الفيسيولوجية لعمل المخ والمؤثرات البيئية الثقافية خصائص العمليات النفسية ومستوياتها.

• جذع الدماغ Brain stem

ما يبقى من الدماغ اذا استثنينا المخ او المخيخ. على ان بعض علماء الاعصاب لا يدخلون السرير البصري والجسم المخطط في جذع الدماغ.

• غسل الدماغ Brain washing

حمل الناس على تغيير مواقفه وسلوكهم وتوجيهها في اتجاه مغاير وذلك عن طريق اشكال مختلفة من الضغط الاجتماعي وربما عن طريق التعذيب الجسدي.

• لمعان Brightness

شدة الضوء. وقد تستعمل للدلالة على الذكاء الشديد.

C

• طريقة دراسة الحالة Case – history method

وهي قوام الطريقة الاكلينيكية في البحث. تقوم عادة على اجراء بحث تفصيلي عن شخص واحد. وقد تستخدم في الدراسة اختبارات ومقاييس الا ان الاهتمام عادة ما يكون موجهها الى ملاحظة مواقف الحياة اليومية والى عقد المقابلات الشخصية مع الحالة او مع الآخرين في مجال الفرد الحيوي.

• الكفاءة، القابلية Capacity

مشابهة للاستعداد Aptitude في اشارتها الى الانجاز الممكن الكامن بدلا من الانجاز الفعلي.

• مهنة/ مهني Career.

• اختيار مهني Career choice.

• تربية مهنية Career education.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

- تاريخ الحالة، دراسة الحالة Case history.

جمع المعلومات التي تغيد بناء تاريخ فرد ما وذلك بهدف فهم مشكلاته ومساعدته على التكيف.

- دراسة حالة Case study.

- اخصاء Castration

ازالة الغدد التناسلية من كلا الجنسين.

- قلق الاخصاء Castration anxiety

الحالة النفسية المرتبطة بالخوف من الاخصاء.

- مركب عقدة الاخصاء Caster complex

مركب نفسي لا شعوري مقترن بالخوف من اصابة الاعضاء التناسلية او ما يتصل بها.

- الفصام التخشبي Catatonic schizophrenia

نوع من الفصام يتميز بأعراض من مثل السلبية البالغة واتخاذ اوضاع انتصابية غريبة.

- ملة، سبب Cause

ظاهرة او امر او مجموعة من الظواهر والامور متصلة بظواهر او امور اخرى بحيث انه اذا غابت الاولى لم تظهر الثانية.

- خلية Cell

الوحدة الاساسية للبناء في العضوية الحية

- جسم الخلية Cell body

جسم الخلية العصبية هو القسم المركزي المنظم منها. اي انه هو الخلية العصبية باستثناء الاستطالات المحورية.

- الجهاز العصبي المركزي Central nervous system

وهو المجموعة العصبية الرئيسية التي تتألف من المخ والنخاع الشوكي.

- النزعة المركزية Central tendency

كل قيمة انموزجية او ممثلة. من مثل الوسط الحسابي والوسيط والمتوال... الخ

• الطريقة المركزية Centurion method

احدى الطرق المتبعة في التحليل العاملي وضعها ثورستون وهي للبحث في النزوع المركزي لأية ظاهرة اي التركيز في الوسط والتجمع حول قيمة ما.

• المخيخ Cerebellum

احد اجزاء المخ الخلفي ويتصل بجذع الدماغ بالقنطرة. يقوم بوظائف تنسيق النشاط الحركي.

• مخي، دماغي Cerebral

نسبة الى المخ او الدماغ

• القشرة الدماغية، اللحاء Cerebral cortex

القشرة الخارجية للمادة السنجابية الدماغية وهي مركز الكثير من التكييفات العصبية المعقدة.

• النصفان الكرويان للمخ Cerebral hemisphere

بناء ان يصل بينهما الجسم الثفني ويؤلفان معا المخ الامامي. ويفلقان كل اجزاء المخ باستثناء المخيخ الذي يوجد اسفل منهما. ويتضمنان فصوصا تتخذ اسماءها من مناطق الججمة التي تعلوها.

• المخ Cerebrum

الجزء العلوي والاكبر من الجهاز العصبي المركزي. ويقع داخل الجمجمة.

• الطبع، الخلق Character

وجه من وجوع الشخصية يشمل بخاصة الصفات الاكثر ديمومة ذوات المعنى الاخلاقي والاجتماعي.

• مميز Characteristic

• سيكولوجية الطفل، علم نفس الطفل Child psychology

فرع من فروع علم النفس يبحث في نمو الحياة العقلية للاطفال وسلوكهم. وذلك منذ الولادة وحتى النضج.

• لوني Chromatic

صفة لتغيرات الخبرة البصرية وذلك بوجود الصبغة.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

● الكروموسومات (الصبغيات) Chromosome

داخل السيتوبلازم توجد نواة تتضمن ما يعرف بالصبغيات التي تتحكم في وراثة الكائن الحي. حيث تكمن داخل الصبغيات وحدات أصغر تعرف بالمورثات (الجينات).

● مزمن Chronic

يدوم فترة طويلة من الزمن.

● العمر الزمني Chronological age (CA)

العمر الحياتي للكائن الحي.

● مزمان Chronoscope

آلة لقياس سرعة الرجوع.

● الفراهمة Clairvoyance

مظهر من مظاهر الإدراك فوق الحسي. ويعني معرفة ما يقع في وقت آخر أو مكان آخر.

● الاشتراط البسيط Classical conditioning

نظرية الاشتراط كما قررها بافلوف العالم الفسيولوجي الروسي في الثلث الأول من القرن العشرين. حيث اكتشف الفعل المنعكس الشرطي عندما كان مهتما بدراسة فسيولوجيا الهضم لدى الكلاب.

● التصنيف Classification

عملية عقلية معرفية. يتم بها تجميع أشياء أو ظاهرات معينة – على أساس ما يميزها من معالم عامة مشتركة – تحت مفاهيم عامة تعني فئات معينة من هذه أو تلك من الأشياء أو الظاهرات. وهي بالتالي عملية "أنساب" أو "عزو" الشيء أو الظاهرة إلى فئة معينة.

● وضوح Clearness

مظهر من مظاهر الانتباه، بمعنى أن ما ننتبه إليه يصبح واضحاً.

● العلاج المركز على العميل Client – centered therapy

طريقة من طرق العلاج النفسي. تقوم على نماء علاقة علاجية. فيها يساعد المعالج (أو المرشد) المريض على تنمية فهمه بمشكلاته وتبصره بحلولها.

• الطريقة الاكلينيكية Clinical method

احدى طرق منهج البحث الوصفي. تعرف احيانا بطريقة دراسة الحالة. تجمع بين طرق استخدام الاختبارات والملاحظة الطبيعية بهدف التوصل الى نظام من المعلومات عن الفرد. تستقى من الحالة ذاتها او من السجلات والذكرات اليومية او من مصادر اخرى. حتى يمكن تحديد صورة متعمقة عن تطور تاريخ الحالة منذ البداية والظروف التي صاحبته في تغييرها.

• علم النفس الاكلينيكي، أو العيادي Clinical psychology

فرع من فروع علم النفس يعنى بتشخيص الاضطرابات النفسية الخفيفة وعلاجها من مثل عيوب الكلام والمصاعب المدرسية والعصابات.

• الغلق Closure

ميل الانسان الى سد الضجوات وملئها. وبالتالي عدم ادراك المثيرات ناقصة او غير مكتملة. وذلك لكي يدرك المثيرات ككل ذي معنى.

• قوقعة الاذن Cochlea

بناء ملتف في الاذن الداخلية يحتوى على الجوابذ الاساسية في السمع.

• القناة القوقعية Cochlear canal

قناة موجودة في قوقعة الاذن

• شيفرة Code

منظومة من الرموز (كرموز مورس) لنقل المعلومات.

• معامل الارتباط Coefficient correlation

أسلوب احصائي يهدف الى قياس الاقتران القائم بين اي ظاهرتين قياسا علميا احصائيا دقيقا.

• معامل الاختلاف Coefficient of variability

عملية احصائية تحسب بواسطتها درجة الاختلاف بين مجموعتي قياس.

• اثر معرفي Cognitive effect

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

- **الاسلوب المعرفي Cognitive style**

(1) الفروق بين الافراد في كيفية أداء العمليات المعرفية مثل الإدراك او التفكير او حل المشكلات بصرف النظر عن موضوع او محتوى هذه العمليات. (2) مصطلح شامل يدل على العمليات التمييزية تبتدىء من اخذ العلم بالاشياء المدركة الى جميع اشكال المحاكمة.

- **السلوك الجمعي Collective behavior**

سلوك الجماعة، سلوك الافراد الذين يتبادلون التفاعل.

- **عمى الالوان Color blindness**

ضعف او ضرر يلحق بالاحساس بالصبغة كما يحدث في حالة العمى عن اللونين الاحمر والاخضر حيث يجد المريض صعوبة في تمييز الاحمر من الاخضر عن الالوان الرمادية التي يكون لها نفس المستوى من اللمعان.

- **حافز اجتماعي مشترك Common social motive**

حافز منتشر في جماعة حضارية معينة. ويعود بأصله الى الاثار الاجتماعية التي يخضع لها الاطفال. ويتميز عن الدافع الذي يعود بأصله الى التكوين الفيزيولوجي للعضوية.

- **تواصل Communication**

نوع من التفاعل المتبادل حيث يكون سلوك عضوية ما بمثابة مثير لسلوك عضوية أخرى.

- **المقارنة Comparison**

عملية عقلية معرفية يتم بها ملاحظة أوجه الشبه والاختلاف بين الظاهرات في سياق علاقات معينة. تطابقها او تناقضها.

- **تعويض Compensation**

آلية نفسية يخفي الانسان بواسطتها صفة غير مرغوب فيها عن طريق اظهار صفة مرغوب فيها ثم المبالغة في اظهار هذه الصفة الاخيرة.

- **مركب نفسي، عقدة نفسية Complex**

فريق من الافكار ذات المسحة الانفعالية. ولها فعاليات لا شعورية بمعنى انها مكبوتة جزئيا او كلياً.

• القسر Compulsion

أفعال أو حركات متكررة أو نمطية. يشعر الفرد بالالزام والاجبار للاتيان بها. وغالبا ما تكون هذه الانماط السلوكية طقوسية.

• المفهوم Concept

رمز أو كلمة أو تسمية يتضمن فئة من الأشياء أو الخصائص العامة المميزة لهذه الفئة. والمفهوم بذلك فكرة معممة وانعكاس معمم للواقع وغالبا ما يكون عبارة عن علاقة أو قاعدة للتصنيف.

• تكوين المفاهيم Concept formation

عملية تعليم التصنيف الملائم للظواهرات أو الأحداث أو الأشياء باستخدام رمز معين (كلمة غالبا) تتطلب تعلم تمييز الاختلافات ذات الدلالة بين المثيرات.

• تعلم المفاهيم Concept learning

تكوين الفرد للمفاهيم واكتسابها واستيعابها في سياق عملية التعلم.

• التفكير التصوري Conceptual thinking

شكل راق من اشكال التفكير. يقوم على تكوين المفاهيم واستخدامها كوسائط رمزية للتفاعل مع العالم الخارجي المحيط بالانسان.

• تكوين المفاهيم، الاخصاب Conception

بالمعنى السيكلولوجي تكوين المفاهيم أو اختبارها. وبالمعنى البيولوجي تلقيح البويضة

• مفهومي Conceptual نسبة الى المفهوم

• مهم/ اهتمامات Concerns

• محسوس، مشخص Concrete

ما يصف الشيء أو المخلوق أو الموضوع أو الحادث مما يدرك بالحواس. وهو ضد المجرد

• التفكير الحسي (المحسوسات) Concrete thinking

التفكير بالأشياء المحسوسة الخاصة من مثل (تفاحة واجاصة وموزة) وذلك خلافا للتفكير بالزمر (من مثل الفاكهة) وهذا الأخير تفكير مجرد ومفهومي.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

- **Cocreteness الواقعية**
- **Concretization الارتباط بالمحسوسات**

عملية عقلية معرفية. بها ينتقل الفرد مرة أخرى من التجريد والتعميم إلى الواقع الحسي. حيث يتم الربط الوثيق بين المجردات والمحسوسات.
- **Condensation تكثيف**

اندماج الأفكار. كما يحدث في الحلم. حيث يرمز أمر أو وضع إلى أمور أو أوضاع أخرى كثيرة.
- **Conditioned response الاستجابة الشرطية**

الاستجابة المنتظمة التي تشبه الاستجابة غير الشرطية مثل إفراز اللعاب لمثير الصوت في تجارب بافلوف.
- **Conditioned stimulus المثير الشرطي**

المثير الأصلي الذي يسبق تقديم المثير غير الشرطي. مثل صوت الشوكة الرنانة في تجارب بافلوف.
- **Conditioning اشراط**

العملية التي يتم بواسطتها تكوين الاستجابات الاشرطية. ويستعمل احيانا كمرادف للتعلم.
- **Confidentiality سرية**
- **Conflict الصراع**

تنافس أو تضارب بين نزعتين أو حاجتين أو أكثر. يخلق حالة من التردد والخبرة في اتخاذ القرار. وعادة ما تصاحب بتوتر انفعالي.
- **Confusion خلط**

(1) اختلاط الأفكار، دون رابط منطقي بينها أن النتائج التي يتوصل اليها المصاب لا تنتج عن مقدماته، (2) حالة نفسية تتصف بانعدام التفكير الواضح كما تتصف بالاضطراب الانفعالي و احيانا باضطراب الادراك.
- **Congenital و لادي**

موجود منذ الولادة ولكنه ليس بالضرورة فطريا.

• العائلة الواحدة Conjoint family

• ربط، رابط Connection

(1) ايجاد اي نوع من الصلة بين عنصرين عقليين منفصلين او حادثين منفصلين (2)
الرابطة التي توجد على النحو السابق ذكره.

• الربطية Connectionism

النظرية التي تقول بان جميع العمليات العقلية تنحصر في عمل الروابط الفطرية او المكتسبة فيما بين الاوضاع والاستجابات (ثورندايك).

• الضمير Conscience

نظام الفرد فيما يتبناه من مبادئ معنوية مقبولة. أو فيما يرتضيه من قواعد للسلوك.
ويستثار الضمير حينما يقترب شخص فعلا يعلم انه من الافعال المحظورة او يخفق في ان يقوم
بعمل يلتزم به. اي يخلق نشاط الضمير مشاعر الذنب. ويقدم مفهوم الانا الاعلى في نظرية فرويد
تفسيرا لطبيعة الضمير وأصله ونموه وتوظيفه.

• شعوري Conscious

ممتلك للوعي اي للاحاساس والشعور.

• نتيجة Consequence

• خبرة شعورية Conscious experience

خبرة يعيها الفرد وذلك تمييزا عن الخبرة الماضية التي قد يكون الفرد واعيا لها او لا
يكون في الوقت الحاضر. والخبرات الشعورية هي ايضا الخبرات التي يستطيع الفرد التعبير عنها
او وصفها من مثل الخبرات الحسية والمشاعر.

• الشعور Consciousness

الوعي، مجموعة الخبرات الشخصية في لحظة ما.

• ثبات الادراك Constancy of perception

احتفاظ الاشياء بشكلها وحجمها ولونها رغم تغير الانطباعات الحسية التي استقبلها منها.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

- **ظاهرة الثبات Constancy phenomenon**

ميل اللعنان او اللون او الحجم او الشكل الى البقاء ثابتة نسبيا بالرغم من التغير الملحوظ في الانارة.

- **التفكير البنائي Constructive thinking**

عملية تفكيرية تنتهي بانتاج احكام جديدة وهي موجودة في اساس الاختراعات والكشوفات العلمية.

- **سياق Context**

الاطار العام لحادث ما، مجموعة الشروط التي تؤثر في فرد ما في وقت معين وتكون الاطار العام لخبرة من خبراته.

- **اقتران، تماس Contiguity**

تقارب شيئين او خبرتين او اكثر في الزمان او المكان دون ان يفصل بينهما فاصل.

- **استمرار Continuity**

غياب الفاصل او الهوة بين امرين او متواليين.

- **مستمر Continuous**

متصف بالاستمرار.

- **الضبط Control**

هدف من اهداف العلم. حيث يسعى العلم للوصول الى درجة من الفهم العميق لقوانين الطبيعة او السلوك بحيث لا يقف عند حد التنبؤ بل يزيد من قدرته على السيطرة على الظواهر والاحداث وتوجيهها.

- **فريق الضبط، المجموعة الضابطة Control group**

فريق ممكن المقارنة بفريق التجريب في كل الامور باستثناء الشرط الموضوع تحت البحث.

- **مضبوط Controlled**

منوع او مثبت بحسب المواصفات وذلك من قبل الباحث.

• الرجوع التحويلي Conversion reaction

رد فعل عصابي اعراضه هي الشلل الوظيفي او الخدر او الرجاء الانفعالية غير المضبوطة والاضطرابات الفيزيولوجية العامة. وتسمى هذه الرجاء تحويلية على اعتبار ان القلق يتخذ شكلا آخر ولا سيما شكلا فيزيولوجيا.

• تشنج Convulsion

تقلص شديد في مجموعة من العضلات يسببه عمل الجملة العصبية المركزية.

• القرنية Cornea

الطبقة الخارجية الشفافة للعين.

• الجسم الجاسي Corpus coliseum

الجسم الذي يصل بين نصفي الكرتين الدماغيتين.

• الجسم المخطط Corpus striatum

جزء من الدماغ الامامي موجود في قاعدة كل نصف كرة دماغية يهتم بالدرجة الاولى بالوظائف الحركية.

• الارتباط Correlation

اسلوب احصائي يعني التغير الاقتراني. اي النزعة الى اقتران التغير في ظاهرة بالتغير في ظاهرة أخرى.

• مصفوفة معاملات الارتباط Correlation matrix

جدول متناسق بالنسبة لقنطرة ترصد فيه معاملات الارتباط بين جملة الاختبارات التي يعالجها التحليل العاملي. ويدل على العمود الراسي الاول والسطر الافقي الاول على ارقام الاختبارات وتدل الخلايا الداخلية على معاملات الارتباط.

• اللحاء Cortex

القشرة، الطبقة الخارجية من مثل لحاء الكظر او لحاء الدماغ (القشرة الدماغية)

• مسترشد Counselee

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• **Counseling** ارشاد

توجيه نفسي، افرادي يقدمه عالم نفس او مختص بالتربية لفرد ما تمكينا له من حل مشكلاته الشخصية او الفنية او التربوية.

• **Counselor** مرشد

• **Counter conditioning** اشرط مضاد

• **Counter iransformation** تحويل معاكس

• **Cranial cavity** التجويف الجمجمي

ويتضمن الدماغ – الجزء الاكبر من الجهاز العصبي المركزي

• **Cranial nerves** الاعصاب القحفية

اثنا عشر زوجا من الاعصاب متصلة بجذع الدماغ بما في ذلك الاعصاب السمعية والشمية والبصرية.

• **Creative thinking** التفكير الابتكاري

نشاط نفسي مركب يعكس مجموعة من الشروط التي تمكن الشخص من الربط غير العادي للأفكار بما يحقق نواتج جديدة تتضح في اسلوبه في معالجة المواقف او المشكلات المختلفة.

• **Crystallization** تبلور

• **Criterion – referenced tests** الاختبارات المرجعية الميزان

هي الاختبارات التي ينسب فيها اداء الفرد الى محتوى الاختبار ذاته وليس الى اداء الافراد الاخرين كما في حالة الاختبارات المرجعية المعيار.

• **Cretinism** قماءة، قدامة

بناء وسلوك غير سويين ناتجان عن نقص في افراز الغدة الدرقية اثناء النمو الباكر.

• **Cross – cultural studies** الدراسات الحضارية المقارنة (او دراسات ما بين الحضارات)

الدراسات التي تقارن بين نماذج السلوك الانساني ومستوياته في اوساط ثقافية متباينة في تكوينها وفي درجة تمدينها.

• الطريقة المستعرضة Cross – sectional method

نموذج من الطرق التتبعية التطورية الوصفية. يقوم على تطبيق مجموعة واحدة من المقاييس على اطفال مختلفين من كل مستوى عمري.

• الثقافة Culture

اسلوب حياة جماعة من الجماعات. يمثل الوراثة الاجتماعية التي يشب عليها الطفل وينشأ فيها.

• المنحنى التكراري المتجمع Cumulative frequency curve

رسم توضيحي للتوزيع التكراري المتجمع

• فضول، حب الاستطلاع Curiosity

نزعة، يعتبرها الكثيرون من علماء النفس ولادية، للبحث عن المعلومات او المعارف وبخاصة للحصول على المعلومات بخصوص حادث معلوم جزئيا.

• منحنى، خط بياني Curve

رسم توضيحي للتوزيع التكراري يتألف من محورين متعامدين يسمى الافقي منهما محور السينات والعمودي محور العينات. ويطلق على تقاطعهما اسم (نقطة الاصل) والمنحنى التكراري هو الخط الذي يصل بين النقاط المتتالية التي تدل على تكرار كل قيمة من القيم الموجودة على محور السينات.

• اعراف/ تقاليد Customs

• السيتوبلازم Cytoplasm

الاطار المحيط بالخلية الجرثومية المخصبة (الزيجوت) يتألف من مادة جبليية. تمثل بيئة داخلية للخلية تؤثر على تكوين الجنين.

D

• اتخاذ قرار Decision – making

• عزم، تصميم Decision

صياغة مجرى العمل مع نية اكيدة في تنفيذه. ويأتي عادة بعد محاكمة ومناقشة ويسبق التنفيذ انحدار Decline.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• الاستنباط Deduction

عملية عقلية استدلالية بها نستنتج ان ما يصدق على الكل يصدق ايضا على الجزء.

• الدالتونية، العمى اللوني Daltonism

نسبة الى العالم الكيميائي دالتون كان مصابا بعمى اللونين الاحمر والاخضر. عدم التمييز بين الالوان ولا سيما الاحمر والاخضر.

• الوقائع، المعطيات Data

هي مجموعة من الحقائق المعلومة (او المعطاة) تبني عليها مناقشة علمية.

• حلم يقظة Day dream

تفكير راغب اولا هدف له يتم اثناء اليقظة ويتخذ شكل سلسلة طويلة من الخيالات غير المضبوطة والمغامرات الخيالية.

• آلية الدفاع Defense mechanism

تكيف يعمل الفرد بواسطته على تجنب الاعتراف بأفكار تشير قلقه او تهدد تقديره لذاته.

• سمة مرجأة Deferred character

سمة طبيعية يرثها الفرد عن اسلافه ولكنها لا تظهر الا بعد بعض الوقت من الولادة

• انحلال Degeneracy

حالة تتصف بانحراف كبير جدا في السلوك عن معايير المجتمع الذي ربي فيه الفرد وقد يكون الانحراف ولاديا او مكتسبا.

• مداولة Deliberation

نوع من التفكير يقارن فيه بين مجريين او اكثر من مجاري العمل.

• جانيح Delinquent

مصطلح يستعمل للدلالة على الخارجين على القانون من الاحداث. كما يستعمل ايضا للدلالة على مقترف ذنب لا يصل مرتبة الجريمة.

• جنوح Delinquency

الخروج على القانون في سن الحداثة، ذنب لا يصل مرتبة الجريمة.

• **هتر، هذيان Delirium**

حالة نفسية يكون فيها الشعور غائما وتكون مصحوبة بالاهام والهوسة ويمجرى افكار غير متناسق. كما يرافقها عدم الراحة والاصابة بالحمى.

• **هذاء، انخداع Delusion**

اعتقاد خاطيء. كثيرا ما يكون مظهرا من مظاهر المرض العقلي.

• **خرف، خبل Dementia**

انحلال دائم في الذاكرة والمحاكمة، اما عضوي او وظيفي.

• **خرف الشباب Dementia praecox**

نوع من الفصام يطلق على انحلال عقلي واضطرابات نفسية تصيب المريض فيما بين سن الخامسة عشرة والثلاثين من العمر.

• **استطالة Dendrite**

جزء من العصبون (الخلية العصبية) يحمل السائلة العصبية الى جسم الخلية.

• **الاعتماد Dependency**

دافع ايجابي ينمو في فترة مبكرة من حياة الفرد. ويعنى الحاجة لأن يقوم الآخرون بحل مشكلة الفرد وتهيئة الامان له ويمساعدته على تحقيق حاجاته الأخرى.

• **المتغيرات التابعة Dependent Variables**

وهي النواتج او المترتبات التي تعتمد على ظروف أخرى تعتبر مسؤولة عن حدوثها او وقوعها بشكل أو بآخر. مثل مظاهر معينة من السلوك.

• **اختلال الانية (الأننا) Depersonalization**

عند الفرد حالة مرضية يضيع فيها الفرد شعوره بواقع ذاته (أناه) او جسده، وقد يشعر بأنه ميت.

• **الاكتئاب Depression**

حالة مرضية يشعر معها الفرد باليأس والأسى والعجز عن التركيز والأرق وفقدان الثقة.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• رجاء اكتئابية Depressive reactions

حالات نفسية عصابية او ذهانية تتميز بالاكتئاب والشعور بالآلام وفي الحالات المبالغ فيها قد تتميز بالشعور بالعجز والميل الى الانتحار.

• حرمان Deprivation

فقدان شيء تحتاجه العضوية من مثل حرمان الحيوان الجائع من الطعام والحيوان العطش من الماء.

• سيكولوجية الامعاق Depth psychology

علم النفس الذي يتقصى مظاهر الشخصية الدافعة او الديناميكية وبخاصة تلك المظاهر التي لا يكون صاحبها على علم بها، او حسب تعبير فرويد، المظاهر اللاشعورية.

• علم النفس النمائي أو التطوري Developmental psychology

فرع من فروع علم النفس يدرس حوادث النمو السيكولوجي.

• انحراف Deviation

(1) حركة خارجة عن المجرى المستقيم مثل انحراف الضوء بالاكسار (2) خروج عن العملية المعيارية او النتائج المعيارية (3) مقدار خروج قياس على مقياس محدد او اختلاف عنه.

• حذق، مهارة Dexterity

يدوية في الاصل ويمكن ان تطلق على المهارة العقلية.

• تشخيص Diagnosis

عملية تحديد طبيعة مرض او اضطراب وذلك عن طريق دراسة اصوله وتطوره والعلامات التي يظهرها.

• راقز تشخيصي Diagnostic test

نوع من الروائز، وبخاصة في المواضيع التربوية. لقياس قدرة الممتحن (بالفتح) في الوظائف الفردية والمهارات النوعية المكونة للفاعلية العامة. وذلك بقصد معالجة الضعف المكتشف.

• العتبة الفارقة Difference threshold

اصغر فرق يمكن ملاحظته بين مؤثرين.

• **Differential conditioning** الاشراط التفريقي

اشراط تميز فيه العضوية بين المثيرات معطية استجابة اشراطية بالنسبة لاحدها ولا تعطىها بالنسبة لآخر كان قد اقترن به.

• **Differential forgetting** النسيان التفريقي

نسيان مختار ويكون بخاصة اسرع بالنسبة للاستجابات الخاطئة منه بالنسبة للصحيحة.

• **Differential response** الاستجابة التفريقية

استجابة مميزة

• **Differentiation** تفريق

التغير من البناء العام او الوظيفة العامة الى البناء الخاص او الوظيفة الخاصة المحددة. التمييز من مثل الانتقال من الاستجابة الى صنف من المؤثرات الى الاستجابة الى مؤثر بعينه.

• **Discrimination** تمييز

الاستجابة بصورة تفريقية ومثال ذلك ان العضوية تقوم باستجابة معينة بالنسبة الى مثير معزول وبأخرى بالنسبة الى مثير غير معزول.

• **Desire** رغبة

خبرة او موقف يتصل اما (1) بشيء يفتقده الانسان في وضعه الحاضر مع فكرة الحصول عليه او (2) بشيء موجود يريد الانسان التخلص منه. ويوجد في الحالين شعور قوي.

• **Despair** يأس

• **Determinism** الحتمية

النظرية القائلة بأن كل الحوادث تعتبر نتائج ضرورية لعوامل سابقة لها.

• **Deterrent** مائق، مانع

امر يدفع الفرد عما يريد وهو عكس الدافع او الحافز الذي يجذبه.

• **Development** نمو، نماء

تغيرات البناء والشكل التي تحدث اثناء انتقال للعضوية الفردية من اصلها الى نضجها.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• نمائي Developmental

نسبة الى نماء.

• الطريقة التطورية او المتتبعية Developmental method

احدى طرق منهج البحث الوصفي. تقوم على ملاحظة سلوك الفرد او الافراد كما يحدث. وتتبع النمو كظاهرة من ظواهر ارتقاء الطفل. دون التدخل لتغيير الظروف المصاحبة للنمو.

• ارشاد مباشر Directive counseling

• التعلم التمييزي Discrimination learning

استجابة تمييزية يتم بها ادراك المثيرات على أنها مختلفة عن بعضها وهو استجابة للمثير الايجابي (المتدعم) وليس للمثير السلبي (غير المتدعم).

• ازاحة Displacement

• نزاع Disputation

• التدريب الموزع Distributed practice

فترات راحة تتخلل الفترات المتتابة للتدريب او التعلم.

• دافع Drive

حالة فيزيولوجية تدفع العضوية الى الفاعلية، وهو يتميز عن الحافز Motive بأنه غير مميز (بالكسر) ولا اتجاه محدد له.

• ارضاء الدافع Drive reduction

تخفيف الضغوط المصاحبة للدوافع وذلك بقضاء الحاجات.

• شك Doubt

• غدد ذات اقنية Duct glands

غدد لها اقنية تنقل افرازاتها الى خارج مجرى الدم كالغدد الدمعية والغدد اللعابية.

• غدد صماء Ductless glands

غدد تصب افرازاتها في مجرى الدم وتسمى ايضا Endocrine glands.

• **Dyslalia** الابدال في الحروف

هي عيوب تتصل بطريقة النطق Articulation وتمثل نسبة كبيرة من عيوب الكلام.

E

• **Eccentric** غريب الاطوار

شخص يتميز سلوكه العادي بالغرابة الملحوظة. ومثل هذا الشخص ليس مجنوناً كما يشاع دائماً وإنما هو في الواقع متحرر من نماذج السلوك المتفق عليها.

• **Ego** الانا

نظام فرعي من الجهاز العقلي او بناء الشخصية عند فرويد. يعمل وفقاً لمبدأ الواقع وعلى المستوى الشعوري.

• **Ego defensive** الانا الدفاعية

الحفاظ التعويضي على تقدير الذات وذلك في الظروف التي تهدد الانا.

• **Ego ideal** الانا المثالي

مصطلح فرويدي. يؤكد على تصور للشخص المثالي الذي يتمنى الفرد ان يكون عليه. ويحكم على سلوكه على اساس مدى قربه من هذا المثال او بعده عنه.

• **Ego involvement** اشتباك الانا

اشتباك الشخصية بشخص او وضع من مثل شعور احد الوالدين ان نجاح ولده او فشله هو نجاحه او فشله شخصياً. لو ان ما يقوم به من عمل في وضع من الاوضاع سوف يرفع من قدره او يخفضه بين جماعته.

• **Elation** مرج

تهيج انفعالي متميز بالسرور العميق والشعور بالابتهاج والزيادة في الفاعلية الحركية.

• **Electra complex** مركب الكترا

مصطلح يستعمله فرويد ليدل على تعلق البنت جنسياً بأبيها مع غيرتها من امها. وهذا التعلق قد يكبت ويخفى بطرق مختلفة. وهو مقابل مركب أوديب عند الصبيان.

• **Electroencephalograph (EEG)** جهاز رسم المخ

جهاز يقوم بتسجيل الجهد الكهربائي الذي ينشط على سطح لحاء المخ.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• جنين Embryo/human

العضوية البشرية فيما بين الاسبوع الثاني والثاني من الحياة. اما قبل ذلك فتعرف باسم البويضة الملقحة. وبعد ذلك تعرف بالجنين الكبير Fetus

• استجابة متبدية Emitted response

استجابة تظهر دون مثير خارجي اي بصورة عفوية

• الانفعال Emotion

حالة او خبرة ذات صبغة وجدانية. نفسية الأصل. تتضح في السلوك الظاهري والوظائف الفسيولوجية والتعبيرات الجسمية.

• النضج الانفعالي Emotional maturity

كون الانسان ناميا انفعاليا وعدم اندفاعه بحوافز طفولية ويسمى احيانا بالنضج الاجتماعي.

• تقمص عاطفي Empathy

حالة نفسية يشعر المصاب بها بنفس شعور شخص آخر او جماعة. ويوجد بين ذاته وذات الشخص او الجماعة الاخرى.

• خبري Empirical

نسبة الى الخبرة، او نسبة الى الطرائق او النتائج المبينة على الملاحظة والتجريب.

• التهاب الدماغ Encephalitis

حالة مرضية تتميز بالتهاب المادة الدماغية او ما يحيط بها.

• الغدد الصماء Endocrine glands

الغدد اللاحقوية التي تقوم بالافراز الداخلي لهرمونات تعمل على تنظيم نشاط الجسم. وهي ذات أهمية كبيرة في تشكيل سمات الشخصية.

• طاقة Energy

(1) القدرة على القيام بالعمل (2) درجة الفاعلية الظاهرة في السلوك

• تبول لا ارادي Enuresis

اطلاق البول بصورة لا ارادية اثناء النوم.

الملاحق

• محيط، بيئة Environment

مصطلح يشمل كل الحوادث الفيزيائية والكيميائية والبيولوجية والاجتماعية التي تؤثر من الخارج على العضويات.

• حسد Envy

شعور او موقف اجتماعي غير سار يشيره في الانسان امتلاك انسان آخر لشيء يرغب هو في امتلاكه.

• صرع Epilepsy

اضطراب يتميز بالتشنج واضاعة الشعور

• الاحساس بالتوازن Equilibratory senses

ويرتبط بعمل الاذن الداخلية التي تعطي اشارات عن حركة ووضع الرأس.

• مناطق الشبقية Erogenous

بعض المناطق الحساسة من الجسم حيث تثير المثيرات (ولا سيما اللمسية والحرارية) في بعض الظروف المحددة مشاعر ورجاءا جنسية.

• شبقية Erotic

نسبة الى شبق وهو الشهوة الجنسية بما في ذلك الاحساسات الجنسية ومثيراتها.

• شبق / سرور جنسي Eroticism

نمو وظهور مبالغ فيهما للاحاساسات والرجاء الجنسية ويوسع فرويد المصطلح ليشمل السرور المشتق من الاثارة الضمية والاستية بالاضافة الى الاثارة الجنسية.

• الاسترين (الهرمون الانثوي) Estrin

هرمون يفرزه المبيضان ويلعب دورا هاما في نمو الانثى بما في ذلك دافعها الجنسي.

• الاستروجين (الهرمون الانثوي) Estrogen

المصطلح الكلي للهرمونات الانثوية التي يفرزها المبيضان.

• انشراح Euphoria

حالة نفسية مرضية تتصف بمشاعر غير ذات اساس من الشعور بالصحة الطيبة والتفاؤل والقوة البدنية.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• **التقويم Evaluation**

العملية التي يتحدد بواسطتها قيمة معينة لشيء معين أو لحدث سلوكي معين.

• **انهالك Exhaustion**

وصول التعب العضلي الى حدوده النهائية بحيث ان المثير او التنبيه يعجز عن استجراز استجابة حركية ظاهرة.

• **توقع Expectation**

حالة نفسية تتصف بالتوتر وتصاحب الانتباه وقد تكون انفعالية

• **خبرة Experience**

وعي للعالم المحيط بنا (خبرة شعورية) أو وعي لما كان قد حدث للعضوية في الماضي (خبرة ماضية).

• **تجربة Experiment**

ملاحظة او جملة من الملاحظات تجري لفرض علمي وفيها تنظم بعض الشروط تنظيما مسبقا معيناً. وذلك من اجل اكتشاف بعض العلاقات الخاصة او المبادئ الخاصة.

• **تجريبي Experimental**

نسبة الى تجريبي.

• **طريقة المجموعات التجريبية والضابطة Experimental and control group method**

نموذج من التصميمات التجريبية في البحوث النفسية. يقوم على استخدام مجموعتين او اكثر. احدهما تجريبية تخضع للطريقة التجريبية في البحث. والاخرى ضابطة لا تخضع لتأثير متغيرات جديدة وانما تسير على ما هي عليه.

• **المحو التجريبي Experimental extinction**

حذف استجابة متعلمة وذلك باثارتها مع عدم تعزيزها.

• **الطريقة التجريبية Experimental method**

تقوم على تثبيت جميع المتغيرات فيما عدا متغير واحد (المتغير المستقل) هو موضوع البحث. يحاول الباحث ان يغير فيه ويوجهه بطريقة منظمة حتى يمكن ان يتبين ما اذا كان

الملحق

التغيير يؤدي الى تغييرات أخرى في السلوك الناتج (المتغيرات التابعة) وكيفية حدوث هذه التغييرات. بهذه الطريقة لا يقصر الباحث نشاطه على ملاحظة ووصف ما هو موجود. وإنما يقوم عامدا بمعالجة عوامل معينة. تحت شروط مضبوطة بدقة. لكي يتحقق من "كيفية" حدوث حالة او حادثة معينة. ويحدد "اسباب" حدوثها.

• العصاب التجريبي Experimental neurosis

تنظيم مواقف مصطنعة تجريبيا يخبر فيها الحيوان نوعا ما من الضغط او الشدة يستدعي لديه اعراضا ومظاهر مرضية اشبه بمظاهر واعراض المرض النفسي (العصاب) لدى الانسان كما ينتج عن مواقف حياتية ضاغطة.

• علم النفس التجريبي Experimental psychology

فرع من فروع علم النفس يبحث المشكلات السلوكية بصورة تجريبية.

• التجريب Experimentation

تغيير متعمد ومضبوط للشروط المحددة لحدث ما وملاحظة التغيرات الناتجة في الحدث ذاته وتفسيرها.

• الانطفاء Extinction

تضاؤل او اختفاء الاستجابة الشرطية (اثناء الموقف التجريبي) نتيجة عدم تعزيزها بالمثير الطبيعي او المثير غير الشرطي.

• الادراك فوق الحسي Extra sensors ~ perception (ESP)

مظاهر غير عادية للادراك مثل التخاطر والفراة وسبق المعرفة. لم تلق تفسيرا كافيا بعد. وان كان يعتقد ان المعلومات قد تنتقل خلال قنوات أخرى غير الميكانيزمات الحسية المعروفة.

• خارجي External

واقع خارج جسد العضوية.

• المحو / الانطفاء Extinction

حذف استجابة نتيجة لاثارتها وعدم تعزيزها.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• انبساط Extraversion, Extroversion

(1) موقف أو نموذج من نماذج الشخصية تكون فيه اهتمامات الفرد متجهة نحو العالم الخارجي والظواهر الاجتماعية أكثر من اتجاهها نحو الذات والخبرات الذاتية (يونغ) (2) اتجاه اللبيدو نحو الخارج (فرويد).

• منبسط / انبساطي Extravert, Extrovert

شخص يتمتع بدرجة عالية من الانبساط.

F

• التحليل العاملي Factor analysis

طريقة احصائية يتم بواسطتها عزل العوامل العامة من الارتباطات الموجودة بين عدد كبير من الاختبارات أو التقديرات أو المقاييس الأخرى.

• ملكة Faculty

قدرة نفسية (من مثل التخيل والذاكرة والارادة) للقيام بعمل معين.

• سيكولوجية الملكات Faculty psychology

وجهة نظرسادت في علم النفس في العصور الوسطى. تعتبر العقل على انه يتكون من عدد من الملكات الفطرية المستقلة. مثل الذاكرة والتخيل والانتباه والارادة... الخ.

• اللفة Familiarity

معرفة بشيء أو عمل تنتهي بالسرعة والسهولة في التعرف على الشيء أو القيام بالعمل.

• خيال منسجم Fantasy

صور منسجمة الى حد بعيد أو قريب كما يحدث في الاحلام واحلام اليقظة. ومع ذلك فهي لا تمت الى الواقع بصلة حقيقية.

• تعب Fatigue

تناقص مردود العمل نتيجة لتكرار الفاعلية وكذلك الشعور بالتعب المرافق للفاعلية المتكررة أو لقلة النوم أو غير ذلك من الاسباب.

• الخوف Fear

انفعال يبدو في استجابة الفرد لمثيرات معينة بالانسحاب أو الاحجام أو الهروب.

• **Feeble – minded** الضعيف العقل

هو الشخص ذو المستوى المنخفض من الذكاء وفقا لمحكات مختلفة.

• **Feedback** التغذية الراجعة

تدفق المعلومات عودا من الاستجابة.

• **Feeling** وجدان

خبرة عاطفية يصفها الشاعر بها بالسرور او عدم السرور. بالتهيج او الهدوء، بالتوتر او الحزن او السعادة او ما الى ذلك.

• **Fertilization** تخصيب / تلقيح

القاح البويضة الانثوية بالحيوان المنوي.

• **Field expectancies** توقعات المجال

مصطلح يطلقه تولمان على النوع الثالث من التعلم. وتوقعات المجال هي ادراكات لطريقة تنظيم العالم والعلاقة بين الامور. وكل ما نسميه بالمعرفة عادة يقع تحت هذه التسمية.

• **Field theory** النظرية المجالية

نظرية سيكولوجية مقترنة بأعمال ليفين Lewin وقد طبقت على دراسات الشخصية وعلم النفس الاجتماعي

• **Figure – ground** الشكل والارضية

كل شكل ندركه غالبا على ارضية. اي ادراك الشيء كما يبرز بوضوح على ارضية معينة.

• **Fixation** تثبيت

صيرورة بعض وجوه السلوك ثابتة او صلبة. من مثل الحصول على بعض العادات الثابتة وهو اصطلاح يستعمل في علم النفس المرضي للدلالة على الوقوف عند مرحلة من مراحل النمو الطفولي المتأخرة مثل الشبق الفمي

• **Fixed interval reinforcement** التعزيز الفاصلي المثبت

جدول في التعزيز يقدم المكافأة في فواصل زمنية ثابتة (كل عشرين ثانية مثلا)

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• التعزيز النسبي المثبت Fixed ratio reinforcement

جدول في التعزيز يقدم المكافأة في الاستجابات الأخيرة من عدد ثابت من الاستجابات كتقديم المكافأة في الاستجابة الخامسة ثم العاشرة ثم الخامسة عشرة بقطع النظر عن الفاصل الزمني بينها.

• تذبذب Fluctuation

تذبذب الانتباه أو الإدراك هو تغيرات متزامنة في الوضوح من مثل صيرورة الصورة ارضية والارضية صورة. أو عدم سماع ما كان مسموعا.

• بؤرة Focus

النقطة التي تلتقي فيها اشعة الضوء الصادرة عن نقطة معينة أو مصدر معين. والنقطة التي تشع منها اشعة الضوء من خلال عدسة أو سواها.

• قوة العادة Force of habit

اصرار العادات على البقاء والاستمرار وعدم التغير الى عادات جديدة.

• المخ الامامي Fore – brain

يشمل النصفين الكرويين للمخ الذين يغلفان كل أجزاء المخ باستثناء المخيخ الذي يوجد أسفل منهما.

• بصيرة Foresight

التصور العقلي للأحداث كما يمكن ان تؤثر على الشخص نفسه.

• النسيان Forgetting

ظاهرة نفسية شائعة بدرجات مختلفة بين الافراد وارتباطا بمواد متعلمة معينة ويظروف معينة. وتتمثل في اخفاق الفرد في وقت معين في استدعاء خبرة معينة. أو في اخفاقه في ممارسة عمل أو اداء معين تعلمه من قبل.

• صورة/ شكل Form

انتظام العناصر أو الوقائع في كل موحد أو منظومة بحيث تقوم بينها علاقات محددة (زمانية، مكانية، منطقية.. الخ).

• **التدريب الشكلي Formal discipline**

وهو التطبيق التربوي لسيكولوجية الملكات. ويقوم على انه يمكن تدريب اي ملكة بصرف النظر عن طبيعة الماجدة المستخدمة في ذلك التدريب. فدراسة موضوعات معينة (كاللغة اللاتينية او الرياضيات مثلا) تؤدي الى تدريب الملكة العامة الخاصة بالاستدلال والحكم.

• **التداعي الحر Free association**

الطريقة او العملية التي بها يستدعي الفرد سلسلة من الاشياء او الافكار التي ترد الى عقله.

• **تكرار Frequency**

في الاحصاء عدد الحالات التي تتجلى فيها قيمة معينة.

• **منحنى تكراري Frequency curve**

خط بياني يظهر تكرار القيم المختلفة.

• **توزيع تكراري Frequency distribution**

توزيع للوقائع يظهر عدد المرات (التكرار) التي تتجلى فيها كل قيمة.

• **مضلع تكراري Frequency polygon**

تمثيل تصويري للتكرار بواسطة مجموعة من الخطوط متساوية البعد بعضها عن بعض وتشكل مضلعا اذا ما وصل بين نهاياتها العليا.

• **جدول تكراري Frequency table**

جدول للوقائع يظهر عدد الحالات الموجودة في كل قيمة او درجة او عمر او غير ذلك.

• **البرود الجنسي Frigidity**

ضعف شديد في الدافع الجنسي وبخاصة عند المرأة

• **الفصوص الجبهية Frontal lobes**

نظام من المراكز والتجمعات العصبية بالمخ الامامي. يختص بالوظائف العقلية الراقية كالحكم المنطقي والوعي والارادة.

• **الاحباط Frustration**

عائق يتعارض مع استجابة نابغة من الهدف في وقتها المناسب من تتابع السلوك.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

- علم النفس الوظيفي Functional psychology

مدرسة في علم النفس ترى ان السيكلوجيا يجب ان تهتم بما تقوم به عمليات الحياة النفسية وان لا تقصر اهتمامها على البناءات الشعورية من مثل الاحساسات والصور والمشاعر على حد قول النظرية البنائية.

- الذهان الوظيفي Functional psychosis

المرض العقلي ذو الاصل النفسي.

G

- العامل العام General factor

بحسب نظرية سبيرمان في الذكاء عاملان عامل عام (ع) وعوامل خاصة (خ) وقد اضيف اليهما فيما بعد عوامل طائفية (ط) وهي عوامل اقل عمومية من (ع) وأقل خصوصية من (خ) اي انها عوامل وسيطة. والعامل العام في الذكاء يمثل قدرة او كفاءة عامة تعبر عن ذاتها من خلال مهارات خاصة كالمهارة الاجتماعية او الرياضية او الميكانيكية او سواها.

- علم النفس العام General psychology

دراسة علم النفس في خطوطه العامة الاساسية دون التشديد على الحيوانات او الاطفال او الراشدين او العمليات الخاصة من مثل العمليات الحسية او عملية التعلم أو سواها.

- التعميم Generalization

عملية عقلية معرفية ترتبط بالتجريد غالباً. يتم بها استخلاص الخاصية العامة او المبدأ العام للشيء او الظاهرة وتطبيقه على حالات او مواقف أخرى تشترك في الخاصية العامة او المبدأ العام. والتعميم مبدأ اساسي من مبادئ التعلم يقرر بأنه حينما يتم اشتراط الاستجابة بمثير معين (اي حينما تتقرر استجابة شرطية لمثير معين) فان المثيرات الاخرى المشابهة للمثير الاصلي يصبح لديها القدرة على استدعاء نفس الاستجابة.

- المورثات (الجينات) Genes

خلايا دقيقة تحدد الخصائص الوراثية للفرد. فهي حاملات للصفات الوراثية البيولوجية.

- تكوين Genesis

الاصل او الخطوات الاولى في تكوين اي شيء.

- **Genetic method الطريقة التكوينية**

دراسة النمو عن طريق ملاحظة نمو العضوية بصورة مستمرة او عن طريق مقارنة المراحل.

- **Genetic psychology علم النفس التكويني**

فرع من فروع علم النفس يدرس تطور العمليات النفسية او نموها مستعملا الطريقة التكوينية.

- **Genetics علم الوراثة**

علم انتقال الصفات الوراثية.

- **Genital تناسلي**

منسوب الى الاعضاء التناسلية عند الحيوان.

- **Genital stage المرحلة التناسلية**

في التحليل النفسي تكون المرحلة التناسلية هي آخر مرحلة من مراحل النمو الجنسي النفسي الذي يتم بحسبه التكيف الجنسي.

- **Genius عبقرى**

شخص ذو ذكاء عال جدا وبصورة استثنائية. ويصل الفرد في هذا المستوى اذا زاد حاصل ذكائه على 140 وكذلك الشخص الذي يتمتع بموهبة استثنائية يعترف بها المجتمع.

- **Genotype النمط الداخلي**

ويتألف من مجموع المورثات (الجينات) التي تحدد الفردية التكوينية للشخص.

- **Germ cell خلية جرثومية**

بويضة او نطفة (حيوان منوي) وجين يلتقيان يكونان البويضة الملقحة التي يكون فيها العدد الكامل من الصبغيات التي جلبتها كل من النطفة والبويضة.

- **Gestalt جشطالت**

مصطلح الماني. يعني الشكل او الصفة او الصورة. وتكشف هذه التسمية عن الاساس الذي تقوم عليه نظرية الجشطالت وعلم النفس الجشطالتي. وهو ان السلوك عبارة عن وحدة كلية. خلافا للنظريات السلوكية التي تأخذ بمبدأ تحليل السلوك الى مكوناته.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

- علم نفس الجشطلت Gestalt psychology

نظرية شائعة في علم النفس الحديث. نشأت وتطورت في ألمانيا تعتبر التحليلات الظاهرية (الفينومينولوجية) للخبرة ككليات أو كنماذج منظمة على أنها الموضوع الأساسي لعلم النفس. وتؤكد على أهمية التنظيم والبصيرة في الإدراك.

- موهوب Gifted

شخص يتمتع بموهبة خاصة. ويستعمل المصطلح أيضا للدلالة على الأفراد الذين يتجاوز حاصل ذكائهم 130

- غدة Gland

عضو في الجسد وظيفته ان يفرز مادة او مواد معينة لها تأثير على الجسد.

- هدف/ غاية Goal

ما يرضى الدافع او الحافز وهكذا فاطعام هدف لانه يرضي دافع الجوع

- الغدد التناسلية Gonads

الغدد التناسلية الصماء هي المبيضان عند الانثى والخصيتان عند الذكر.

- السلوك الجماعي Group behavior

فعاليات تقوم بها جماعة من الأعضاء من مثل السلوك الاسري والسلوك الحشدي وسلوك النظارة.

- الديناميكية الجماعية (ديناميات الجماعة) Group dynamics

مصطلح يستعمله اتباع ليفين Lewin وسواهم من علماء علم النفس الاجتماعي ليمثلوا على دراسة المعائم الموجودة في اساس سلوك الجماعة من مثل قوى المجال والحوافز وامثالها.

- العوامل الطائفية Group factors

عوامل في الذكاء اضيفت الى عاملي سبيرمان (العام والخاص) وهي اقل عمومية من العامل العام واقل خصوصية من العوامل الخاصة. ومن امثالها العامل الكلامي والعامل الموسيقي والعامل الميكانيكي. وكلها قدرات طائفية تتفرع الى قدرات خاصة من جهة. وهي مشبعة بالذكاء العام من جهة اخرى.

• الاختبارات الجمعية Group tests

وهي الاختبارات التي تطبق على مجموعة او مجموعات من الافراد في وقت واحد.

• العلاج النفسي الجماعي Group therapy

مداواة تحمل المريض على مناقشة مشكلاته مع الآخرين ومع الطبيب النفسي وذلك في اجتماع عام.

• الذنب Guilt

احساس داخلي يستثار حينما يستثار الضمير نتيجة الاتيان ببعض الافعال المحظورة او التفكير فيها.

• توجيه Guidance

في التوجيه المهني تقدم للفرد مشورة بخصوص المهنة او المهن التي تناسبه اكثر من سواها. والتوجيه المهني هو الوجه الاخر للانتقاء المهني حيث ينتقي لكل مهنة الاشخاص الانسب لها.

• حاسة الذوق Gestation

وهي الاحساسات التي تستدعيها براعم التنوق على اللسان عضو الاحساسات الذوقية.

H

• عادة Habit

صيغة مكتسبة في السلوك، من مثل مهارة حركية او لفظية او طريقة لعمل الاشياء او طريقة في التفكير. وعملية تعلم العادات يشار اليها احيانا باسم تكوين العادات

• عادي Habituation

صيورة الفرد متكيفا مع مثير معين او وضع خاص او بيئة خاصة.

• الهلوسات Hallucinations

ادراكات مزيفة تماما للواقع (مثل الشخص الذي يسمع اصواتا لا يسمعا احد غيره) تمثل مظهرا من مظاهر اضطرابات الشخصية.

• المطرقة Hammer

عظمة صغيرة موجودة في الاذن المتوسطة ومتصلة بطبلة الاذن

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• **Handedness** النزعة الى استعمال يد معينة

كالنزعة الى استعمال اليد اليمنى (أو اليسرى) بصورة رئيسية.

• **Heredity** الوراثة

الانتقال البيولوجي للسمات من الوالدين الى الابناء عن طريق الجبال الجراثومية (وهي بروتوبلازما الخلايا الجراثومية الناقلة للوراثة).

• **Heterosexuality** الجنسية الغيرية

(1) انجذاب الفرد الى افراد الجنس المغاير (2) الاتصال الجنسي بين فردين من جنسين مختلفين.

• **Hierarchy of prepotency** التصاعد الهرمي للغلبة او السيطرة

مبدأ يقرره ماسلو في تصوره لتنظيم الحاجات الانسانية. فالحاجة الارقى لا تظهر حتى يتم اشباع حاجة اخرى اكثر غلبة وسيطرة.

• **Hind – brain** المخ الخلفي

يقع في الحفرة الخلفية بقاعدة المخ.

• **Histogram** مدرج تكراري

رسم بياني مؤلف من سلسلة من المستطيلات تمثل توزيعا تكراريا.

• **Homosexuality** الجنسية المثلية

(1) اتصال جنسي بين فردين من جنس واحد، (2) انجذاب جنسي الى فرد من نفس الجنس

• **Homeostasis** الاتزان العضوي

ميكانزم يفترض انه يعمل على تنظيم مستوى بعض حالات الجسم مثل خزن الطعام وتنظيم درجة الحرارة واسترجاع حالة الجسم بعد التعب او المرض وغير ذلك.

• **Hormone** الهرمون

افراز الغدة الصماء.

• **Hostility** العداوة

حالة دافعية قد تؤدي الى سلوك عدواني.

- **علم النفس الانساني Human psychology**

اتجاه جديد في علم النفس المعاصر. يشار اليه احيانا على انه "القوة الثالثة" في علم النفس. اي بين السلوكية والتحليل النفسي. يهتم بالجوانب الايجابية الاخلاقية في الطبيعة الانسانية كالمحبة والمسؤولية والحرية والاختيار والارادة... الخ.

- **جوع Hunger**

دافع وخبرة ينشآن عن تأخير ارضاء الحاجة الى الطعام.

- **الهيبوثلاموس Hypothalamus**

منطقة من الدماغ واقعة في أسفل السريخ البصري وتحتوي على آليات عصبية تلعب دورا هاما في الانفعال والنوم والدوافع وغير ذلك من الوظائف الفيزيولوجية.

- **الفرض العلمي Hypothesis**

تخمينات ذكية. يقوم بها الانسان من الدراسة الميدانية للحقائق او البيانات. حول الحلول الممكنة للمشكلة. او حول التعميمات التي يقدمها لتفسير الحقائق التي سببت المشكلة. (الخطوة الثالثة من خطوات المنهج العلمي كما حدده ديوي).

- **نقص الحساسية Hypothermia**

تدني الاستجابة الانفعالية،

- **هستيريا Hysteria**

مصطلح عام يستعمل للدلالة على اضطرابات وظيفية تتصف بالقلق دون وجود مبررات كافية. كما يدل على بعض اشكال التفكير والانحلال مثل فقدان الذاكرة وفقدان الحساسية الوظيفي والشلل الوظيفي وتعدد الشخصية وسواها.

I

- **الهو Id**

نظام فرعي من الجهاز العقلي او بناء الشخصية عند فرويد. وهو مستودع الدوافع الفطرية. ويعمل غالبا وفقا لمبدأ اللذة وعلى المستوى اللاشعوري.

- **التوائم المتحدة Identical twins**

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

التوائم التي تمت من بويضة واحدة. ودائما ما تكون من نفس الجنس وتكون متشابهة في المظهر بدرجة كبيرة.

• التقمص Identification

عملية لاشعورية تتمثل في تبني الفرد لخصائص شخص آخر وتوحيده معه. ويعمل التقمص كميكانزم لتغطية صراعات عن طريق نزعة الفرد لأن يعيش حياة شخص آخر.

• هوية Identity

ان يكون الشيء نفس الشيء او مثيله من كل الوجوه. الاستمرار والثبات وعدم التغير.

• النهج الفردي (او الاكلينيكي) Ideographic approach

منحى في البحث السيكولوجي. قوامه الطريقة الاكلينيكية اساسا. يهتم بدراسة الشخص ككائن انساني متفرد عن طريق دراسة الحالة وتاريخ الحياة وتكوين صورة متعمقة متكاملة عنه كشخصيته تعكس تنظيما فريدا.

• المعتوه Idiot

التخلف العقلي الشديد. وفيه تكون نسبة ذكاء الفرد اقل من 20 وهو لا يستطيع ان يحافظ على حياته.

• التجلي Illumination

مرحلة من مراحل التفكير الابتكاري. تتمثل في لحظات الالهام والبصيرة وومضة الحل او الاكتشاف.

• خداع الادراك Illusion

ادراك غامض او مضطرب للمثيرات يؤدي الى سوء تأويل المدركات او تحريفها.

• صورة Image

بعث خبرة حسية في غياب الاثارة الحسية. تمثل داخلي لخبرة سابقة. وفي علم الضوء تكون الصورة شكل الشيء المكون بواسطة الاشعة الضوئية. اما في علم النفس فهي الانطباع الذي يتبقى بعد ازاحة مثير خارجي.

• تصور Imagery

احياء الخبرات السابقة بصورة داخلية أي على شكل صور.

• **Imagination** تخيل

إعادة تنظيم المعلومات الناتجة عن الخبرات الماضية وإعطائها علاقات جديدة بحيث تكون خبرة عقلية حاضرة. والتخيل إما أن يكون تقليدياً أو مبدعاً.

• **Imbecile** الأبله

المستوى المتوسط من الضعف العقلي. فيه تتراوح نسبة ذكاء الفرد بين 20 – 50 ويستطيع أن يحافظ بمشقة على حياته.

• **Imitation** تقليد / محاكاة

نقل فعل شاهجده الإنسان بصورة كاملة أو منقوصة.

• **Impotence** عنه / عجز جنسي

نقص في القوة الجنسية. وبالنسبة للأنثى يستعمل مصطلح البرود الجنسي

• **Impression** انطباع

النتائج العصبية للأثر الذي تخلفه الاحساسات

• **Impulse** اندفاع

نزعة العمل غير ارادية ولا يمكن إرجاعها إلى الأثر بصورة مباشرة. وفي التحليل النفسي يكون الاندفاع الحاحاً غريزياً جنسياً.

• **Impulsive** اندفاعي

نسبة إلى اندفاع.

• **Inborn** فطري

موجود عند الفرد وقت ولادته.

• **Incubation** التحضين

مرحلة من مراحل التفكير الابتكاري. فيها يكون للشعور الحرية في العمل مع المادة التي قدمها الشعور في مرحلة التأهب. وتتصف هذه المرحلة بالمعاناة وبالشك وعدم اليقين.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

- المتغيرات المستقلة Independent variables

وهي الظروف أو الشروط أو الأحداث أو المؤثرات المسؤولة عن وقوع الظاهرة أو السلوك موضوع الدراسة. أو المسؤولة عن حدوث المتغيرات التابعة.

- فرد/ فردي Individual

(1) عضوية مفردة (2) نسبة الى فرد.

- الفروق الفردية Individual differences

التباينات في القدرة أو الاداء. أو الانحرافات عن متوسط الجماعة. فيما يتعلق بالخصائص العقلية أو الجسمية أو خصائص الشخصية. كما تحدث في الافراد اعضاء الجماعة.

- علم النفس الفردي Individual psychology

(1) فرع من علم النفس يبحث في الفروق بين الافراد، (2) فرع من السيكولوجيا التحليلية قال به ادلر الذي جعل الرغبة الاساسية في النفس هي ميلها الى التفوق.

- الروائز الفردية Individual tests

راونز تطبق على فرد واحد في الوقت

- الاستقراء Induction

عملية عقلية استدلالية بها نتوصل الى نتيجة عامة من ملاحظة حالات جزئية معينة.

- علم النفس الصناعي Industrial psychology

فرع من علم النفس المطبق يبحث في المشكلات النفسية التي تنشأ في الصناعة.

- طفل صغير Infant

يطلق مصطلح Infant على الطفل في السنتين الاوليين من عمره

- طفلية Infantilism

توقف جزئي من النمو عند الانسان يتصف بالتأخر العقلي من جهة وبالقزامة من جهة اخرى.

- استدلال Inference

حكم او نتيجة تم التوصل اليها عن طريق احكام مقبولة سابقا وليس عن طريق الملاحظة المباشرة للوقائع.

• استدلال Inferential

نسبة الى استدلال.

• عقدة الدونية/ مركب القصور Inferiority complex

عقدة نفسية تنشأ من الصراع بين النزوع الى التميز والخوف من التثبيط الذي كان الفرد قد عاناه في الماضي وفي حالات مماثلة. وقد ينشأ عن هذه العقدة سلوك دفاعي او تعويضي او هجومي محدد بشكل لا شعوري.

• شعور بالدونية/ شعور بالقصور Inferiority feeling

الشعور السوي بالضعف والعجز النسبي وعدم الكفاءة الذي يستشعره كل الاطفال والذي كثيرا ما يتقوى بسبب من بعض مظاهر القصور الخاصة كالصحة السيئة او التشوه او العاهة. الامر الذي يدفع الطفل الى التبريز او التفوق (على حد تعبير ادلر) والذي كثيرا ما تكون له اعراض عصابية مختلفة بما في ذلك عقدة الدونية.

• معلومات Information

حقائق او افكار حصل عليها الفرد بأية طريقة من الطرائق من مثل الملاحظة والتجريب والقراءة والتعليمات الشفوية وسواها

• الكف Inhibition

الظاهرة التي تمنع فيها وظيفة او وظائف ظهور وظيفة أخرى او نشاط آخر. وهو بذلك العملية التي تعارض أداء استجابة ما.

• مبادرة Initiative

(1) عمل الفرد في بداية سلسلة من الاعمال من مثل الحركات الاجتماعية. (2) القدرة على الادراك المبتكر والعمل المستقل.

• الاذن الداخلية Inner ear

القسم الداخلي من الاذن الذي يحتوي على القوقعة والاقنية نصف الدائرية.

• الاستبصار Insight

ادراك الكائن الحي للعناصر والموضوعات الموجودة في المجال الذي يوجد فيه وكذلك للعلاقات التي تربط بين عناصر واجزاء المجال. بما يؤدي به الى اعادة تنظيم المجال في كل او في

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

صورة جديدة. هذا الكل أو هذه الصورة هي ما يعتمد عليه اصحاب نظرية الجشطالت في تفسير التعلم بالاستبصار.

• الهمام Inspiration

طروء فكرة على الذهن بصورة مفاجئة. اكتشاف مفاجيء لحل مشكلة ما. وهو مرحلة من مراحل التفكير المبدع.

• الغريزة Instinct

تعني في الاصل اليوناني واللاتيني "الحفز الحيواني" وهي مصطلح يطلق على التكوينات الجسمية الداخلية التي تنظم السلوك المرتبط بالحاجات الاساسية كالاكل والشرب والجنس.

• سلوك وسيلي Instrumental behavior

سلوك يغير المحيط بحيث ان التغيير يعزز العضوية عن طريق المكافأة او تجنب العقاب.

• اشراط وسيلي Instrumental conditioning

نوع من الاشراط تكون فيه الاستجابة المشرطة وسيلة لتحقيق غاية ما كالحصول على ثواب (طعام مثلا) او تجنب عقاب. . .

• انسولين Insulin

هرمون تفرزه البنكرياس. وقللة افراز هذا الهرمون تسبب مرض السكري واعراضه. اما زيادة افرازه فتسبب نقص السكر في الدم.

• كامل وحد Integrate

يجمع بين اشياء متفرقة بحيث تكون كلا وظيفيا.

• عقل، فكر Intellect

(1) مجموعة العمليات الادراكية وبخاصة اشكالها العليا. (2) القدرة على القيام بهذه العمليات

• الذكاء Intelligence

قدرة عامة او عامل عام. تبدو في السلوك المتمكن على المستويات المجردة او الميكانيكية او الاجتماعية. وتحدد غالبا باختبارات الذكاء. لذا يشيع تعريف الذكاء على انه ما تقيسه اختبارات الذكاء.

• **نسبة الذكاء (IQ) Intelligence Quotient**

دليل كمي للذكاء كما يقاس باختبارات معينة تعرف باختبارات الذكاء. وتحدد نسبة الذكاء بالمعادلة التالية العمر العقلي ÷ العمر الزمني × 100

• **شدة Intensity**

الوجهة الكمية للأثر أو الخبرة. ومثل ذلك المقدار، مقدار الضغط وسعة الموجة الصوتية ولعان الضوء وسواها.

• **قصد Intention**

الهدف أو نية العمل.

• **قصدي Intentional**

نسبة إلى قصد.

• **تفاعل متبادل Interaction**

صلة بين مجموعتين أو منظومتين من أي نوع كان بحيث أن فاعلية كل منهما تحددها جزئيا فاعلية أخرى.

• **اهتمام/ ميل Interest**

(1) استجابة قبول إزاء موضوع خارجي (2) شعور يصاحبه انتباه خاص لأمر ما. (3) موقف يتصف بتركيز الانتباه على وقائع إدراكية معينة.

• **تدخل Interference**

تضارب فعلتين متعلمتين والتدخل محدد هام لنسبة تعلم العادات المعقدة من جهة ولدى نسيانها من جهة أخرى.

• **التفسير Interpretation**

هدف من أهداف العلم يعني إقرار العلاقات التي تقوم بين الظواهر المختلفة أو بين المتغيرات موضوع الدراسة. ويتم ذلك بعملية الربط أو إدراك العلاقات بين الظواهر المراد تفسيرها وبين الأحداث التي تلازمها أو تسبقها. أي إقرار العلاقة بين المتغيرات التابعة والمستقلة والوسيلة.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• المتغيرات الوسيطة Intervening variables

وهي مجموعة المتغيرات التي تمثل العلاقة الوظيفية التي تقوم بين المتغيرات التابعة من ناحية والمتغيرات المستقلة من ناحية أخرى.

• المقابلة Interview

أداة من أدوات جمع المعلومات عن الحالة. تقوم على عقد علاقة قائمة على التفاعل الودي بين المختبر والحالة.

• الاستبطان Introspection

طريقة ذاتية في فهم وتفسير الأحداث أو الظواهر كانت تمثل المنهج السائد حتى منتصف القرن التاسع عشر. ويقصد به كطريقة للبحث تأمل الفرد لما يجري داخل نفسه الذي يستبطن ما يدور فيها من عمليات شعورية. أي دراسته لشاعره بنفسه عن طريق تأمل ذاته ومشاهدة ما يدور داخلها.

• حدس Intuition

(1) ادراك مباشر أو فطري لمجموعة معقدة من الوقائع أو لمبدأ عام. (2) حكم لا يسبقه تفكير مسبق ويتصف بالمباشرة.

• لا ارادي Involuntary

صفة لحركة أو فعل أو اتجاه أو انتباه يحدث بالرغم من محاولة الفرد منعه وكبته.

• قابلية التهيج Irritability

قابلية الاثارة، سرعة الغضب والانفعال في الاستعمال العامي.

• تهيج / تهيج Irritation

(1) حالة من انفعالية في النسيج الحية وذلك حينما تستثار (2) فعل الاثارة ولا سيما اثارة التقلصات العضلية.

J

• نظرية جيمس – لانج James – Lange theory

نظرية في الانفعال ترى ان المظهر الشعوري للانفعال هو اختبار التغيرات الجسدية من مثل فعالية الاحشاء والبناءات العضلية الهيكلية.

• الغيرة Jealousy

انفعال الغضب او الاستياء والتبرم مصحوب غالبا بمشاعر النقص بسبب الشعور بالاهمال او التعسف او عدم الاعتبار.

• البهجة Joy

حالة استثارة انفعالية كتعبير عن مواقف سارة او خبرات باعثة على الارتياح.

• حكم Judgment

فعل عقلي يربط شيئا بشيء آخر او مفهوما بمفهوم آخر ويكون مصحوبا باعتقاد او توكيد لوجود العلاقة بين الاثنين.

K

• الاحساس بالحركة Kinesthesia

وهي الاحساس المرتبط بالعضلات والاورتار والمفاصل والعظام كأعضاء للحركة والاحساس بها

• معرفة Knowledge

نوع من الخبرة يشتمل على تمثيل حسي لحقيقة ما او دستور او ظرف معقد يصاحبه اعتقاد قوي بصحة الامر المعروف.

L

• متاهة Labyrinth

• لغة Language

منظومة للتواصل بين الكائنات بواسطة رموز اتفاقية، واهم اشكال اللغة عند النوع الانساني هي اللغة الصوتية (الكلام)، والكتابة والحركات.

• كمون Latency

فترة من عدم الفاعلية الظاهر وهي تقع بين تقديم المثير وحدث الاستجابة.

• قانون الاغلاق Law of closure

احد القوانين التي يقول بها علم النفس الشكلي (الجشطالت) والتي يفسر بها الادراك والتعلم. وينص على ان المساحات المغلقة اكثر استعدادا لتكوين وحدات.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

● قانون الاثر Law of effect

يفسره ثورندايك قوة الارتباط الحادث بين المثير والاستجابة حيث يؤدي الاثر الطيب الى تقوية وتعزيز السيالات العصبية التي يحدث خلالها الارتباط. كما ان الاثر غير الطيب يضعفها.

● قانون التدريب Law of exercise

احد قوانين التعلم التي وضعها ثورندايك وقد نقضه فيما بعد. وهو يقول ان الروابط تتقوى بالتدريب وتضعف حين ينقطع التدريب.

● قانون التقريب Law of proximity

احد القوانين التي يقول بها علم النفس الشكلي (الجشطالت) وهو يرى ان الفرد يميل الى تشكيل فرق من المؤثرات المتقاربة زمانيا او مكانيا.

● قانون الاستعداد Law of readiness

واحد من القوانين الثلاثة التي قال بها ثورندايك في التعلم وهو ينص على انه اذا كانت وحدة اتصال مستعدة للاتصال فان الاتصال بواسطتها يكون مسرا، واذا كانت غير مستعدة للاتصال وقسرت عليه فان ذلك يكون مزعجا، واذا كانت مستعدة للاتصال ولم تمكن منه فان ذلك يكون مزعجا ايضا.

● التعلم Learning

نشاط نفسي يكمن وراء كل تقدم يحققه الانسان والحضارة الانسانية وهو عملية تغير شبه دائم في سلوك الفرد ينشأ نتيجة الممارسة. كما انه عملية افتراضية لا نلاحظها بصورة مباشرة ولكن نستدل عليها من تغير اداء الكائن الحي.

● منحنى التعلم، الخط البياني للتعلم Learning curve

● عدسية العين Lens

جسم شفاف موجود خلف الحدقة وهي تشترك في تغيير رؤية الضوء على الشبكية وتعرف ايضا باسم Crystalline lens.

● مستوى الطموح Level of aspiration

مستوى الانجاز الذي يرغب الفرد في الوصول اليه او الذي يشعر انه يستطيع تحقيقه.

- **Libido** اللبيدو، الطاقة الجنسية

اللبيدو عند فرويد قدرة شبقية تحفز السلوك.

- **Life space** المدى الحيوي

الفرد وبيئته في وقت ما وكما يدركها ليفين.

- **Lobes** فصوص

الاقسام الرئيسية للدماغ البشري كالقوسين الجبهيين والقوسين القداميين.

- **Longitudinal method** الطريقة الطولية

نموذج من الطرق التطورية التتبعية الوصفية. تقوم على قياس حالات النمو وتتبع مظاهره المراد دراستها لدى نفس الاطفال في اعمار مختلفة.

M

- **Maladjustment** سوء التكيف

تكيف خاطيء وغير مناسب وغير سوي.

- **Mania** الهوس

حالة نشاط زائد في التفكير او السلوك.

- **Manic – depression psychosis** ذهان الهوس والاكتئاب

ويعرف بالجنون الدوري. حيث تتأرجح حالة المريض بطريقة متناوبة بين المرح البالغ والاكتئاب الحاد.

- **Massed practice** التدريب المركز

تدريب او تعلم يركز في فترة واحدة. يكون اكثر جدوى في التعلم القائم على حل المشكلات.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• **Masochism الماسوخية**

انحراف جنسي يتميز بالسرور. وبخاصة السرور الجنسي. نتيجة للتعرض للآلام الجسدي.

• **Mass action عمل جمعي**

في السلوك هو تحريك العضوية بوصفها كلاً. وفي القشرة الدماغية هو مساهمتها بوصفها كلاً في عملية ما.

• **Mass movement حركة جماعية**

تغيير أو محاولة تغيير في الحياة الاجتماعية يشمل عددا كبيرا من الأشخاص. عدد كبير من الأشخاص يتجهون اتجاهها اجتماعيا جديدا. ومثال ذلك الحركة النازية في ألمانيا.

• **Massed learning تعلم متواصل**

تعلم لا تفصل بينه فواصل زمنية مقحمة.

• **Mastery motive حافز التفوق، حافز السيطرة**

حافز الى البروز والسيطرة والتفوق.

• **Masturbation استمناء**

التوصل الى الانعاط فالامناء عن طريق اللعب بالاعضاء الجنسية او اثارها اشارة مصطنعة.

• **Maternal drive الدافع الامي**

دافع فيزيولوجي للعناية بالمولود.

• **Maternal instinct غريزة الامومة**

نمط انموذجي غير متعلم للعناية بالمولود.

• **Matrix مصفوفة**

جدول مقسم الى خلايا يسجل العلاقات بين عدد من المتحولات. وتدل خلايا كل عمود من اعمدة المصفوفة على العلاقات القائمة بين المتحول المذكور في رأس كل عمود وبين جميع المتحولات المقابلة لكل خلية من خلايا العمود. وتدل خلايا كل سطر من اسطر المصفوفة على العلاقات القائمة بين المتحول المذكور في اول كل سطرين جميع المتحولات المقابلة لكل خلية من خلايا السطر.

• نضج Maturation, Maturity

نمو يتوقف فقط على الشروط البيولوجية التي تميز العرق. والنضج متميز عن التعلم الذي يتطلب. رغم توقفه على النضج. تدريباً وتمريناً وملاحظة لأفعال الآخرين.

• متاهة Maze

أداة تستعمل أكثر ما تستعمل في دراسة التعلم وهي مكونة من منظومة من الممرات المعقدة التي يكون بعضها مسدوداً مما يضيق عليه ويدفعه إلى صرف جديد ووقت غير لازمين.

• القياسية (أو إمكانية القياس) Measurability

أحد محكات فاعلية الطريقة العلمية والمعلومات أو البيانات المتجمعة منها وهي الدرجة التي يتعين عندها المصطلحات والمفاهيم بدقة بما يجعل الظاهرة قابلة للقياس. وبأن يتمكن أشخاص آخرون من التعرف عليها والتحقق منها. أي بإمكانية قياس الظاهرة بنفس الدرجة من الدقة غالباً.

• المقياس Measure

مجموعة مرتبة من المثيرات أعدت بطريقة كمية أو كيفية لتقيس بعض العمليات أو السمات أو الخصائص النفسية. وهو طريقة موضوعية ومقننة لعينة من السلوك المراد قياسه أو فحصه.

• القياس Measurement

وسيلة مادية لتحديد مستوى سمة معينة عند فرد أو أفراد بالنسبة إلى المجموع الكلي للأفراد الذين تتوفر لديهم هذه السمة.

• متوسط حسابي Mean

مجموع التسجيلات مقسوماً على عدد الحالات.

• الانحراف المتوسط Mean deviation

القيمة المتوسطة لاختلاف القيم الفردية في مجموعة إحصائية عن المتوسط الحسابي لتلك المجموعة.

• الوسيط Median

النقطة المتوسطة في مجموعة للقيم مرتبة حسب مقدارها.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

- علم النفس الطبي Medical psychology

فرع من فروع علم النفس يعنى بتطبيق حقائق علم النفس في الدراسات الطبية ويهتم بوجود الطب ذات الصلة بعلم النفس.

- البصلة السيسائية، النقي، نخاع العظم Medulla

(1) جزء من جذع الدماغ موجود في اعلى النخاع الشوكي مباشرة ومسؤول بالدرجة الاولى عن الافعال الحيوية كالتنفس مثلا. (2) لب العظم.

- النخاع Medulla oblongata

احد اجزاء المخ الخلفي. يتضمن اهم مركزين من مراكز الجهاز العصبي الذاتي اللاارادي وهما التنفس وتنظيم عمل القلب.

- النخاع الشوكي (أو الجبل الشوكي) Medulla spinalis

احد مكونات الجهاز العصبي المركزي. يمتد من قاعدة الجمجمة الى نهاية الظهر السفلي تقريبا. ويختص بتوصيل الرسائل العصبية وتنظيم الافعال المنعكسة.

- الذاكرة Memory

عملية عقلية معرفية. يتم بها تسجيل وحفظ واسترجاع الخبرة الماضية.

- مدى الذاكرة Memory span

هو الحد الذي يستطيع معه الشخص العادي ان يتذكر مادة معينة في غضون وقت معين. وبالتالي يفترض مدى الذاكرة تحديدا واقعيا لقدرتنا على التعلم.

- سن اليأس Menopause

فترة من الحياة يتوقف فيها الطمث عند المرأة.

- طمث، حيض Menstruation

قذف الدم شهريا عند المرأة ويكون مصحوبا بافراز البويضة.

- عقلي، ذهني Mental

نسبة الى العقل او الذهن وهو مصطلح يستعمل للدلالة على تكييفات العضوية مع محيطها ويشير بخاصة الى التكييفات التي تشتمل على وظائف رمزية يكون الفرد عالما بها.

• **Mental age (MA) العمر العقلي**

الدرجة التي يحصل عليها الفرد على "مقياس عمري" وهو المقياس الذي تتجمع فيه بنود الاختبار وفقا للمستويات العمرية.

• **Mentally gifted عقليا متفوقون**

تلك الفئة من الاشخاص ذوي نسبة ذكاء عالية.

• **Mental hygiene الصحة العقلية**

البحوث والدراسات والقياسات المطبقة الخاصة بصحة الانسان النفسية والتي تتوخى الحفاظ على الوظائف النفسية في حالة سوية

• **Mental deficiency الضعف العقلي**

نقص القدرة العقلية كما تتحدد بمحكات مختلفة. وفي مقدمتها درجات اختبارات الذكاء.

• **Mental process عملية عقلية**

العملية النفسية الداخلية التي تتعلق بالحياة العقلية للانسان. غالبا ما تكون "واعية" مثل الاحساس والادراك والتفكير والذاكرة... الخ.

• **Mentally retarded المتخلفون عقليا**

تلك الفئة من الاشخاص ذوي المستوى المنخفض في نسبة الذكاء.

• **Mental set التهيؤ العقلي**

استعداد داخلي لادراك شيء ما او امر ما من مثل استعداد عالم طبقات الارض لملاحظة تكون الصخور.

• **Mental tests الاختبارات العقلية**

مصطلح عام يستعمل احيانا للدلالة على جميع انواع الروائز وبخاصة تلك التي تروى الذكاء.

• **Mild – brain المخ الاوسط**

جزء من المخ يمثل مركزا للتجمعات العصبية التي ترتبط خاصة بنشاط حركة العينين.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• **Milieu الوسط**

وهو البيئة الاجتماعية الثقافية المحيطة بالفرد التي تباشر تأثيرها على تكوينه وتوجيهه. (أو هي المجال الحيوي للفرد)

• **Mind نفس، عقل، ذهن**

مصطلح عام يمثل مجموع السلوك الذكي بما في ذلك التذكر والتفكير والادراك. وكثيرا ما يستعمل مرادفا للخبرة الشعورية.

• **Mirror drawing الرسم بالمرآة**

الرسم التتبعي لنجم أو أي شكل آخر لا يرى إلا في المرآة وهو مستعمل في دراسة التعلم وبخاصة انتقال المهارة من يد إلى أخرى.

• **Mob غوغاء**

حشد كبير من الناس مهتاج وميال إلى القيام بأعمال لا اجتماعية كالنهب والسلب

• **Mode منوال، شائع**

في الإحصاء أكثر الأرقام المسجلة شيوعا في مجموعة معينة.

• **Modification تحول، تعديل**

(1) تغير العضوية المسبب عن عمل المحيط (2) أي تغير في شكل العمل أو خطته.

• **Mongolian منغولي، أبله**

شخص ضعيف العقل

• **Mood مزاج**

موقف انفعالي طويل الأمد مستمر وليس دائما.

• **Moral اخلاقي**

نسبة إلى أخلاق. وصف للسلوك الجيد والصحيح. أي الذي يطابق مقاييس الجماعة.

• **Moron أحمق، المافون (المورون)**

مستوى من التخلف العقلي. أقل من الشخص العادي وأعلى من الأبله. وتتراوح نسبة ذكاء المافون بين 50 – 70 وهو يحافظ على حياته بمشقة.

• الدافعية Motivation

عامل وجدائي – نزوعي يعمل على تنشيط الفرد وتحديد وجهة سلوكه نحو غاية او هدف. يفتن اليه شعوريا او لا شعوريا.

• حافز Motive

اندفاع او الحاح للحصول على امر مستهدف (من مثل الطعام في حالة الجوع) او تحقيق غاية (كأن يصبح الفرد مهندسا) يشبه الدافع Drive الذي يختلف عنه بأنه لا مستثير محدد له.

• النمو الحركي Motor development

نمو فاعليات من نوع مد الاطراف والامساك والحبو والمشي.

• العصبون الحركي، الخلية العصبية الحركية Motor neuron

خلية عصبية نابذة تحمل المثيرات الى الاعضاء الحركية (العضلات والغدد).

• التهيؤ العضلي للاستجابة Motor set

استعداد عضلي للاستجابة.

• تعدد الشخصيات Multiple personality

اظهار الشخص نفسه لأكثر من شخصية.

• عضلة Muscle

بناء عضوي مكون من اليااف تنقبض وتتمدّد بسبب من الاثارة العصبية.

• توتر عضلي Muscle tension

تقبض العضلات.

N

• نرجسية Narcissism

(1) عشق الذات (2) استمرار مرحلة باكورة من مراحل النمو الجنسي تبقى فيها الذات موضوع العشق. وذلك نسبة الى اسطورة نارسيس.

• **Narcosis مخدر**

حالة من الغيبوبة يسببها عقار ما وهي تميل الى التحول الى نوع من الشلل وعدم الحساسية.

• **Nature – nurture issue قضية الطبيعة والرباية**

الجدل القائم بين انصار البيئة من ناحية وانصار الوراثة من ناحية اخرى بشأن العوامل المؤثرة في تكوين الانسان ومحددات بناء شخصيته ويكاد يستقر الرأي في هذه القضية على التفاعل بين الوراثة والبيئة.

• **Need الحاجة**

حالة ترتبط بالشعور بالعوز او الاحتياج الى شيء ما. او الرغبة في أداء عمل معين.

• **Negative abnormalities اللاسويات السلبية**

مظاهر وانماط انحرافات او اضطرابات الشخصية. التي تبدو اقل من المتوسط العام "العادي" اي انها مظاهر وانماط الاشخاص. غير العاديين او الشواذ على المستوى السلبى.

• **Negative conditioning الاشراط السالب**

اشراط يتعلم الفرد بواسطته عدم القيام باستجابة معتادة.

• **Negative correlation ارتباط سلبى**

ارتباط يقل عن الصفر وذلك حين يتناقص عاما اذا ما تزايد عامل مقابل له.

• **Negative reinforcement التعزيز السلبى**

عقاب او توبيخ ولا سيما فيما يخص التعلم.

• **Negative transfer انتقال سلبى**

تدخل العادة. من مثل تعويق تعلم مهارة ما لتعلم مهارة اخرى.

• **Neonate حديث الولادة**

الطفل حديث الولادة، اية عضوية ولدت للتو.

• **Nerve عصب**

حزمة من الالياف العصبية.

- **ليف عصبي Nerve fiber**
بناء يشبه الخيط الرفيع ويمتد من جسم الخلية العصبية الى جسم آخر وينقل السيالة العصبية.
- **اندفاع عصبي Nerve impulse**
تدفق متتال للطاقة العصبية عبر الليف العصبي.
- **شبكة عصبية Nerve net**
شبكة من الاليف العصبية لا توجد فيها وصلات ولهذا فان الاندفاع العصبي يجري دون تمييز خلال كل الاليف.
- **الخلايا العصبية (النيرونات) Neurons**
وهي الخلايا التي يتألف منها الدماغ (الجهاز العصبي المركزي) والاعصاب (الجهاز العصبي الطرفي) تقوم بوظائف التوصيل بين المراكز والتجمعات العصبية المختلفة.
- **انهيار عصبي Nervous breakdown**
مصطلح عام غير محدد يشير الى حدوث عصاب او ذهان.
- **الجملة العصبية Nervous system**
مصطلح عام يشير الى جميع البناءات العصبية والاليف العصبية.
- **الكبت العصبي Neural inhibition**
وقف الاندفاعات العصبية ومثله ما يحدث في الوصلات.
- **التسهيل العصبي Neural facilitation**
استمرار الاندفاع العصبي بسبب من ورود اندفاعات جديدة تتابع مسرعة (تسهيل زماني)، أو ورود اندفاعات جديدة على الوصلة من جهات مختلفة (تسهيل مكاني).
- **الخور، ضعف الاعصاب، النوراستينيا Neurasthenia**
خلل وظيفي في السلوك يتصف بالتعب غير السوي والشكايات الجسدية. وهو نوع من العصاب.
- **علم الاعصاب Neurology**
فرع من علم الحياة (البيولوجيا) يبحث بناء الجملة العصبية ووظائفها.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

- عصبون، خلية عصبية Neuron

الخلية العصبية هي الوحدة التي يتألف منها الليف العصبي ويكون لها جسم ومحور واستطالات.

- العصاب (المرض النفسي) Neurosis

حالة عدم الكفاية النفسية. تتصف بسوء تكيف الفرد مع نفسه ومع الآخرين. فيها يشعر الفرد بالتعاسة. ويعاني من الصراع والتهديد. وتتضح هذه الحالة في أعراض وظيفية. ولا يكون العصابي في كثير من الحالات خطرا على نفسه او على المجتمع.

- عصابي Neurotic

نسبة الى عصاب. وقد يشير الى الشخص المصاب بالعصاب او الى السلوك الذي يتصف بصفات العصاب.

- العشى، العمى الليلي Night blindness

ضعف الحساسية البصرية في الاضاءة القليلة وذلك لنقص في التكيف مع الظلام او فقدانه.

- ضجة، ضجيج Noise

خبرة سمعية تتوقف على الموجات الصوتية الدورية

- النهج المعياري (الناموسي) Homothetic approach

منحى في البحث السيكولوجي. يؤكد على انه الطريقة العلمية الحقيقية هي التي تهتم بالكشف عن المبادئ والقوانين العامة التي تحكم السلوك الانساني. وان هذه العموميات تصدق على الحالات الفردية. اي ان الاهتمام هنا يكون موجها الى معيارية الكل التي تنطبق بدورها على الاجزاء المكونة.

- اتصال غير لغوي Non verbal communication

اتصال بغير الكلمات بالحركات او الصور او لبس لباس خاص وغير ذلك.

- معيار Norm

قيمة او نمط ممثل لجماعة او لانموذج وفي علم الاحصاء يكون المتوسط والوسيط والنوال معايير بحسب اعتبار اي منها قيمة ممثلة.

- سوي Normal

له الصفات التقريبية للمتوسط.

• المنحنى الاعتيادي Normal curve

توزيع متناسق يأخذ شكلا جرسيا يتحقق بتوزيع الدرجات على نحو تكون فيه قلة من الدرجات (16%) عالية جدا. وقلة (16%) منخفضة جدا. والكثرة هي المتوسطة (68%).

• الشخصية السوية Normal personality

شخصية متوسطة وعادية تتصف باستهداف الغايات ذات القيمة والاستمتاع بالحياة.

• الاختبارات المرجعية المعيار Norm – referenced test (NRT)

وهي الاختبارات التي تعتمد على مقارنة أداء الفرد بأداء المجموعة التي ينتسب اليها للحصول على معنى للدرجة التي يحصل عليها في الاختبار.

• نواة Nucleus

القسم الأساسي من الخلية العصبية ويحتوي على الصبغيات.

• الفرض الصفري Null hypothesis

الفرض الذي يذهب الى انه لا توجد فروق فيما عدا تلك التي ترجع الى الصدفة بين الدرجات الملاحظة.

• حساب الطالع Numerology

اتجاه لا علمي يدعى ان الارقام تحمل دلالات معينة بالنسبة لحسن الطالع او سوءه. ويتضح ذلك في مظاهر متعددة مثل اعتبار الرقم 13 نذير سوء. وتكوين حبات السبحة باعداد معينة كان تكون 11 او 33 حبة. او ترديد التعاويذ بعدد محدد من المرات. وغير ذلك من الامثلة.

O

• ثبات موضوع الادراك Object constancy

ادراك الشيء على انه ثابت وغير متغير رغم تغير خصائص المثير التي تصل الى الشخص الملاحظ.

• الطريقة الموضوعية Objective method

وهي الطريقة التي تعتمد على المنهج العلمي. حيث ينعدم اثر الذاتية او يقل الى حد كبير.

• علم النفس الموضوعي Objective psychology

فرع من علم النفس يعنى بدراسة السلوك دون اللجوء الى الطريقة الاستبطانية.

• موضوعية Objectivity

صفة الامر الموضوعي ويقطع النظر عن الرأي الشخصي.

• الملاحظة Observation

عملية عقلية واداة رئيسية للبحث. تكمن وراء المعرفة بدرجة كبيرة. ملاحظة الاختلاف والتشابه. التلازم في الوقوع وفي التخلف. تكرار الوقائع. تغير الظاهرات ونموها. يستخدم الباحث الملاحظة العلمية في كل ما يستخدمه من ادوات العلم المتقنة. منتجارب واجهزة وادوات. وفي تسجيل البيانات التي تتضح من خلال هذه الاساليب.

• التعلم بالملاحظة Observational learning

التعلم عن طريق ملاحظة الوضع وتصوره.

• ملاحظ Observer

مصطلح يستعمله علماء النفس الاستبطانيون للدلالة على الشخص الذي يلاحظ خبراته ويصفها.

• الوسواس Obsession

فكرة معينة او افكار تشغل ذهن الفرد بطريقة قهرية متكررة. وغالبا ما تكون غير مقبولة.

• الفص القذالي Occipital lobe

فص موجود خلف كل واحدة من نصفي الكرة الدماغية وهو مركز للابصار والوظائف المتصلة به.

• المداواة بالاشغال/ العلاج النفسي بالعمل Occupational therapy

محاولة شفاء الاضطرابات او الامراض النفسية عن طريق اشغال المريض باعمال تشوقه. استخدام العمل بالشفاء

• المرحلة الاوديبية Oedipal stage

مرحلة تحدث في الطفولة الباكرة وهي احدى مراحل النمو النفسي في رأي النظرية التحليلية يتعلق الطفل خلالها بالوالد من الجنس الاخر تعلقا فيه غير.

• **مركب أوديب، عقدة أوديب Oedipus complex**

مصطلح فرويدس يدل على تعلق الصبي بأمه تعلقا جنسيا. وهو التعلق الذي يكبته الطفل ويخفيه بطرائق عدة ويكون مصحوبا في رأي فرويد بالغيرة من الاب الذي ينال من الام ما لا يناله الطفل. يقابله عند امركب (عقدة) الكترا

• **المنحنى التكراري المتجمع Ogive curve**

منحنى له شكل S أو C يمثل توزيعا تكراريا متجمعا.

• **حاسة الشم Olfaction**

وهي الاحساسات التي تستدعيها الخلايا الشمية المتموضعة في الجزء العلوي.

• **السلوك الاجرائي Operant behavior**

سلوك لا يرتبط بمثيرات محددة مسبقا في الموقف كما يحدث في السلوك الاستجابي. وليس هناك مثير معين يعمل على استدعاء الاستجابة الاجرائية. بل انه عبارة عن كل ما يصدر عن الكائن الحي في العالم الخارجي.

• **الاشتراط الاجرائي Operant conditioning**

اسلوب من اساليب التعلم الشرطي. صاحبه سكينر عالم النفس الامريكي المعاصر. ويعني هذا المصطلح تقوية استجابة اجرائية بواسطة تقديم الاثابة الملائمة (التعزيز) في وقتها الملائم.

• **راي Opinion**

تعبير ضمني او صريح عن اعتقاد او توقع.

• **العصب البصري Optic nerve**

العصب الذي ينقل الاثارة البصرية من العين الى جذع الدماغ.

• **تفاؤل Optimism**

موقف للفرد نحو التنظيم الاجتماعي او الحياة بصورة عامة يتشدد في اهمية النواحي الجيدة ويتسم بالامل. عكسه التشاؤم.

• **شفوي، شفهي، فمي Oral**

نسبة الى الشفة او الفم.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

- **السرور الجنسي الفمي Oral eroticism**

اثارة جنسية مصحوبة بلذة تتم عن طريق الفم (لذة المص).

- **المرحلة الفمية Oral stage**

في التحليل النفسي هي مرحلة من مراحل النمو الطفولي يتركز فيها السرور الجنسي حول الفم وتناول الطعام.

- **عضو Organ**

جزء من الجسد يقوم بوظيفة او وظائف معينة.

- **عضوي Organic**

نسبة الى عضو او الى عضوية. ذو علاقة بالبناء الجسدي وليس بالوظائف الجسدية.

- **ذهان عضوي Organic psychosis**

اضطراب نفسي مسبب عن تغيرات بنائية في الدماغ

- **عظيمات (الاذن) Ossicles**

ثلاث عظيمات صغيرة موجودة في الاذن المتوسطة.

- **المبيض Ovary**

الغدة التناسلية عند الانثى. والمبيضان ينتجان البويضات، كما ان لهما افرازات داخلية (هرمونات).

- **السلوك الملاحظ Overt behavior**

سلوك يمكن للآخرين ملاحظته، يقابله السلوك الضمني.

- **مطالب زائدة Over demanding**

- **حماية زائدة Over protection**

- **بويضة Overt**

الخلية الجرثومية التناسلية التي تفرزها الانثى.

P

- **الجسيمات الباسينية Pacinian corpuscles**
نهايات عصبية مختصة موجودة على الجلد وتستجيب للضغط الثقيل.
- **الم Pain**
احساس مناف خاص تشيره عمليات قوية تقع على مختلف انسجة الجسم. له اعصاب خاصة تنقله وله استجابات حركية متميزة.
- **علم الكف Palmistry**
اتجاه لا علمي يدعي امكانية قراءة الطالع من خطوط اليد.
- **بانكرياس Pancreas**
غدة ضخمة موجودة قرب المعدة وتفرز عصارات هضمية من جملتها الانسولين الذي هو نوع من الهرمون.
- **شلل Paralysis**
اضاعة القدرة على تحريك جزء من الجسد.
- **البارانويا، الذهان الهذائي Paranoia**
ذهان يتميز بأوهام ثابتة ومنظمة، ومن انواعه جنون الارتياب وجنون الاضطهاد وجنون العظمة.
- **فصام بارانوي Paranoid schizophrenia**
نوع من فصام الشخصية تشبه اعراضه اعراض البارانويا.
- **الجملة العصبية نظيرة الودية Parasympathetic nervous system**
جزء من الجملة العصبية المستقلة يعمل معاكسا للجملة الودية.
- **الغدد نظيرة الدرقية Parathroid glands**
اجسام صغيرة اربعة متوضعة على الغدة الدرقية وتفرز هرمونات خاصة.
- **ذهان زهري Paresis**
شلل غير عام في معظم الاحيان. منشؤه في الغالب الاصابة بمرض الزهري في القشرة الدماغية ويتميز باصابة شديدة في التذكر والحكم.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• **Parietal lobes** الفصوص الجدارية

نظام من المراكز والتجمعات العصبية بالمخ الامامي يختص بوظائف الاحساس كالسمع والابصار.

• **Part learning** التعلم بالتجزئة

اكتقان جزء من مهارة معقدة بعد جزء آخر ثم دمج الاجزاء المتعلمة بعضها مع بعض.

• **Partial correlation** الارتباط الجزئي

العلاقة الخالصة بين متحولين وذلك حين يكون تأثير متحول او اكثر. وهو متحول قد يزيد في الارتباط او ينقص منه. قد حذف او ابقى ثابتا.

• **Passive learning** التعلم السلبي

تعلم دون نية او قصد. تعلم عارض.

• **Patriarchal society** المجتمع الابوي

وهو نموذج المجتمعات الذي تكون فيه السيطرة للرجل هي المحدد الاول للدوار في الاسرة والمجتمع.

• **Pattern** نمط

(1) عينة او مثال يحتذى او ينقل، (2) مجموعة متكاملة من الاجزاء المتميزة تعمل او تستجيب ككل موحد.

• **Perception** الادراك

عملية عقلية معرفية تقوم على استقبال المعلومات في ارتباطها وتألفها مع المعلومات الاخرى والخبرات السابقة. وتعتمد على طبيعة المثير وعلى الشخص المدرك.

• **Perceptual span** مدى الادراك

عدد الاشياء او الموضوعات التي يدركها الفرد على نحو صحيح حينما تعرض لفترة قصيرة تسمح بحركة العين.

• **Peripheral nervous system** الجهاز العصبي الطرفي او الفرعي

تنظيم للخصائص والمكونات الجسمية والعقلية المعرفية والانفعالية والاجتماعية في بنية متميزة للفرد. تتضح في اسلوب حياته المتميز الذي يحدد توافقاته المتفردة تجاه ظروف الوسط المحيط به. بما يجعل في الامكان التنبؤ والتوقع لسلوك معين منه.

- **بعد الشخصية Personality dimension**
السمة التي تختلف بين طرفين مثال ذلك بعد الانبساط – الانطواء.
- **بنية الشخصية Personality structure**
وحدة او تنظيم يفترض انها تكمن وراء سمات الشخص كما تبدو في سلوكه.
- **سمات الشخصية Personality traits**
- **المرحلة القضيبية Phallic stage**
- **المجال الظاهري Phenomenological field**
- **علم النفس الظاهري (الفينومينولوجي) Phenomenological psychology**
مدرسة في علم النفس تهتم اساسا بدراسة السلوك من وجهة نظر الشخص نفسه الذي هو مركز الخبرة والبصيرة.
- **الظاهرية Phenomenology**
نظرية تحاول تفسير سلوك الفرد كما يراه ويدركه اي من خلال وجهة نظره.
- **النمط الخارجي (او الظاهري) Phenotype**
المجموع الكلي للخصائص الملاحظة للفرد وهذا النمط يتغير مع الزمن كنتيجة للخبرة.
- **الخوف المرضي (الفوبيا) Phobia**
حالة خوف غير منطقي في مواقف معينة كالخوف من الظلام او من الاماكن العالية او المغلقة او من الحيوانات... الخ.
- **معرفة الشخصية من نتوءات الجمجمة Phrenology**
اتجاه قديم لا علمي يرتبط بالفراسة وبسيكولوجية الملكات. يذهب الى انه يمكن التعرف على الشخصية استنادا الى بعض المعالم الجسمية وخاصة من نتوءات الرأس. فالجزء الأكثر بروزا من الجمجمة يدل على نمو الجزء من المخ تحت هذا النتوء. وبالتالي يدل على وجود ملكة معينة. لذا قسم اصحاب هذا الاتجاه تقسيما جغرافيا موضعيا (مورفولوجيا) يختص كل قسم بملكة من الملكات.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

- **الفراسة Physiognomy**

اتجاه قديم لا علمي. يذهب الى انه يمكن التعرف على شخصية الفرد واستعداداته من ملامح وجهه وخصائص جسمه.

- **علم النفس الفسيولوجي Physiological psychology**

وهو ذلك العلم من العلوم النفسية الذي يدرس الميكانيزمات الفسيولوجية التي تكمن وراء السلوك.

- **العلاج باللعب Play therapy**

لعب يقصد منه مساعدة المريض (الذي يكون طفلا في المعتاد) على التخلص من توتراته وضغوطه او على تعلم التكيف المناسب مع الاوضاع التي تزعجه

- **تراضي Pleasing**

- **مبدأ اللذة Pleasure principle**

السعي وراء اللذة وتجنب الألم.

- **القنطرة (أو قنطرة فاول) Pones**

احد اجزاء المخ الخلفي. عبارة عن جسر يتضمن تشكيلات من الالياف والانواء العصبية والاعصاب الصاعدة والهابطة لكي تقيم الاتصالات اللازمة بالنخاع والحبل الشوكي وبالمخيخ.

- **اللاسويات الايجابية Positive abnormalities**

مظاهر وانماط التفوق والامتياز على المتوسط العام "العادي" كالموهوبين والعباقرة. اي مظاهر وانماط الاشخاص غير العاديين او الشواذ على المستوى الايجابي.

- **انتقال ايجابي Positive transfer**

يحدث الانتقال الايجابي حين يسهل تعلم مهارة ما تعلم مهارة اخرى. ويكون ذلك نتيجة لوجود مكونات مشتركة بين المهارتين.

- **الامكانيات الكامنة Potentialities**

طاقات الفرد ومقدراته الداخلية الفطرية نحو انماط معينة من السلوك والنشاط. فهي استعداد الفرد لأن تنمو لديه قدرات وخصائص متميزة.

• **Practice الممارسة**

تكرار ممرز وموجه للسلوك.

• **Pre conception قبل العمليات**

• **Preconscious ما قبل الشعور**

كل ما يمكن ان يصبح شعوريا في الحال. يقال عنه انه موجود في ما قبل الشعور. ويعتبر الفرويديون ان ما قبل الشعور مرحلة متوسطة بين اللاشعور والشعور.

• **Pregnant الامتلاء**

مبدأ من مبادئ التنظيم الادراكي يؤكد على ميل الانسان الى ادراك الشكل على انه شكل "جيد" اي متناسبا وبسيطا وثابتا. في اطار شروط المثير.

• **Precognition سبق المعرفة**

مظهر من مظاهر الادراك فوق الحسي. ويعني التنبؤ بالاحداث في المستقبل.

• **Predictability التنبؤية (او امكانية التنبؤ)**

احد محكات فاعلية الطريقة العلمية والمعلومات او البيانات المتجمعة حيث تكون ذات جدوى اذا كانت تؤدي الى تنبؤات دقيقة عن السلوك.

• **Prediction التنبؤ**

هدف من اهداف العلم. يعني تصور انطباق التعميم او القانون او القاعدة العامة في مواقف اخرى جديدة. حيث تقام علاقات جديدة ليس من السهل التحقق من وجودها فعلا بناء على المعلومات الماضية وحدها.

• **Predisposition الاستعداد الطبيعي**

الخصائص والطاقات الداخلية الفطرية للفرد

• **Prenatal قبل ولادي**

نسبة الى حياة العضوية قبل ولادتها.

• **Preparation stage مرحلة التهيؤ**

اولى مراحل التفكير المبدع. وهي مرحلة تجمع المعلومات اللازمة ومحاولة تنظيمها وتنسيقها.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

- **الطريقة القبليّة – البعديّة Pre – post method**

نموذج من التعميمات التجريبية في البحوث النفسية. حيث يمكن دراسة خصائص ظاهرة أو حدث "قبل" ادخال متغيرات مستقلة معينة. ثم بعد ادخال المتغيرات وتجريبها. ويكشف الفارق بين صورتين "قبل" و"بعد" عن أثر المتغير المستقل على المتغير التابع.

- **تدريب ما قبل الخدمة Pre service training**

- **وقائي eventive**

- **الحاجات الاولية Primary needs**

الحاجات الاساسية كالحاجة الى الطعام والشراب والدفع وهي حاجات موروثية.

- **تعلم المبادئ (تعلم المفاهيم الموجهة بالقواعد)**

Principle learning (Rule – guided concept learning)

شكل من اشكال تعلم المفاهيم فيه ينبغي ان يكون المتعلم قاعدة لاجل توجيه تصنيفاته.

- **الكف السابق Proactive inhibition**

نوع من انتقال التدريب السلبي يلاحظ في تجارب التذكر وغيرها من اوضاع التعلم. وهو يحدث حين يتدخل تعلم سابق في تعلم لاحق او في تذكره

- **عملية Process**

سلسلة مستمرة من التغيرات او الاحداث المتتابعة ولكن متداخلة فيما بينها. وقد تتضمن نوعا من التحول الذي يحدث مع الزمن.

- **التعلم المبرمج Programmed learning**

تقديم آلي للمادة يتم تعلمها وفقا لمبادئ معينة في نظرية التعلم.

- **الاسقاط Projection**

ميكانزم دفاعي يتمثل في نزعة الفرد الى ان ينسب سمات او خصائص غير مرغوبة فيه الى شخص آخر او الى اشياء او ظروف خارجية.

- **ساحات الانعكاس في القشرة الدماغية Projection areas of cerebral cortex**

مناطق في القشرة الدماغية يرسل اليها السرير البصري المثيرات الحسية وتصدر عنها الاوامر الحركية الى اعضاء الحركة.

• الاختبار الإسقاطي Projection test

أداة لقياس الشخصية. يتعرض فيها المفحوص لمثيرات تتصف بالغموض. بحيث تترك له حرية ادراك المثيرات واعطاء الاستجابات بما يتفق مع تكوينه النفسي. وبالتالي تكشف عن رغباته وحاجاته وخبراته وغير ذلك.

• البرولاكتين، هرمون الحليب Prolactin

هرمون تفرزه الغدة النخامية ويستثير افراز الحليب ويساهم في السلوك الأمي.

• التقارب Proximity

مبدأ من مبادئ التنظيم الإدراكي. يؤكد على أن الأجزاء التي تكون متقاربة مع بعضها في الزمان أو المكان تميل إلى إدراكها معاً.

• الطبيب النفسي Psychiatrist

طبيب متخصص في علاج الأمراض العقلية.

• التحليل النفسي Psychoanalysis

نظرية من أكثر نظريات علم النفس الحديث شيوعاً. مؤسسها فرويد تجمع بين نظرية الشخصية، ونظرية في النمو وطريقة لعلاج الأمراض النفسية واضطرابات الشخصية. وذلك في نظام تصوري فرضي بدرجة كبيرة يقوم على فكرة التكوين الدافعي اللاشعوري للفرد.

• علم النفس Psychology

الدراسة العلمية المنظمة للسلوك.

• القياس النفسي Psychometric

فرع من فروع علم النفس يهدف إلى تطوير واستخدام المقاييس النفسية المختلفة في الكشف عن الفروق بأنواعها

• الانحراف السيكوباتي Psychopathic deviation

انحراف في الشخصية ينشأ عن عجز الفرد عن تعلم العادات والمعايير الاجتماعية. ويعكس ضعف تكوين الأنا الأعلى.

• علم النفس المرضي Psychopathology

فرع من فروع علم النفس يهتم بدراسة انحرافات السلوك.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• **الفيزياء النفسية (أو دراسة العمليات النفسية الجسمية) Psychophysics**

اتجاه في علم النفس التجريبي نشأ مع علم النفس الحديث. يهدف إلى محاولة تحديد علاقة كمية بين الطفل والبدن ودراسة الاحساسات والعتبات الفارقة الحسية. وهو بذلك القياس والوصف الدقيقان للاستجابات لمثيرات معينة.

• **المرض العقلي (الذهان) Psychosis**

حالة اضطراب حاد في الشخصية. يكاد يكون فيها المريض منفصلاً عن الواقع. وقد يكون في سلوكه خطر عليه. وعلى المجتمع

• **المرض النفس - جسمي Psychosomatic illness**

حالات مرضية جسمية المظهر نفسية المنشأ.

• **الطب النفسي Psychotherapy**

كل عملية يقصد منها شفاء الاضطرابات النفسية (كالاامراض العقلية ومشكلات السلوك) بالوسائل النفسية من مثل الايحاء والتحليل النفسي والارشاد وسواها.

• **العقاب Punishment**

حافز سلبي، مثل الالام او الصدمة الكهربائية في تجارب التعلم الحيواني، يستخدم لاستبعاد استجابة غير ضرورية او غير مفيدة.

• **بلوغ Puberty**

الوقت الذي يبدأ فيه الحيض عند الفتاة وافراز المني عند الفتى. بداية المراهقة.

• **بؤبؤ العين Pupil**

فتحة في قزحية العين يدخل منها الضوء إلى العين.

• **الخلايا الهرمية Pyramidal cells**

خلايا ذات شكل هرمي موجودة في القشرة الدماغية الجبهية. وهي التي يبدأ منها الاندفاع الحركي الارادي.

Q

● القدرة العددية Quantitative ability

قدرة التعامل بالأرقام كما هو الحال في حل المشكلات الحسابية. وهي تتميز عن القدرة الكلامية Verbal ability التي تتصف بالسهولة في استعمال الكلمات والمفاهيم المتصلة بها.

● الاستفتاء Questionnaire

أداة من أدوات القياس النفسي، تتألف من سلسلة من الأسئلة التي تتناول موضوعات نفسية أو اجتماعية أو تربوية وغير ذلك. ترسل أو تعطى لمجموعة من الأفراد. بهدف الحصول على بيانات تتعلق بالمشكلة موضوع الدراسة. ويستخدم أحيانا لأغراض التشخيص أو لقياس سمات الشخصية.

R

● معدل النسيان Rate of forgetting

مقدار ما ينساه الفرد بعد انقضاء فترة من الوقت. ويكون النسيان أكثر في بداية التعلم وفي المواد الفقيرة من المعاني أو الأقل ترابطا.

● مقياس التقدير Rating scale

أداة من أدوات القياس النفسي تمكن الباحثين من إعطاء قيم رقمية لتقديراتهم لمتغيرات الدراسة. وخاصة فيما يتعلق بسمات الشخصية وبالتحصيل وباللياقة لعمل معين.

● التبرير Rationalization

ميكانزم دفاعي يتمثل في اصطناع الفرد لأسباب مختلفة لتحل محل الدوافع الحقيقية لسلوكه أو يغلفها باقنعة أخرى يخفي بها حقيقة النزعات الكامنة وراء سلوكه.

● تكوين رد الفعل Reaction formation

ميكانزم دفاعي يعتبر بمثابة نمط سلوكي مخالف ومضاد في خصائصه لحافز أو رغبة تخضع للكبت. فهو نوع من الدفاع عن الذات من جانب الفرد ضد نزعة أو ميل يخبره الفرد ولكن يرفضه.

● الاستدلال Reasoning

عملية عقلية تقوم على استنتاج صحة حكم معين من صحة أحكام أخرى والاستدلال نوعان الاستنباط، الاستقراء.

• التعرف Repression

عملية عقلية معرفية. بها تتحقق استجابة الالفة بالاشياء او الموضوعات التي عرفها الفرد وخبرها من قبل. وبالتالي يتعرف عليها في مواقف اخرى ارتباطا باشارات او علامات او امارات معينة دالة عليها.

• التفكير التأملّي Reflective thinking

نشاط عقلي موجه الى حل المشكلات.

• الفعل المنعكس Reflex

استجابة سريعة وغير متعلمة لمثير حسي.

• النكوص Regression

ميكانيزم دفاعي. عبارة عن استجابة للاحباط اكثر بدائية وتميز مرحلة سابقة من نمو الفرد يترد اليها لمواجهة التهديد المفروض عليه.

• التدعيم او التعزيز Reinforcement

حالة او عملية. تكون ذات اثر في تغيير احتمال حدوث الاستجابات التي تنطبق عليها او تتبعها.

• الثبات Reliability

الاتساق الذاتي للاختبار. عادة ما نعبر عنه بمعامل الارتباط يمثل العلاقة بين مجموعتين من المقاييس لنفس الشيء.

• التذكر Remembering

عملية عقلية. بها يتم استرجاع شيء ما متعلم في وقت سابق.

• التكرارية (او القابلية للتكرار) Repeatability

احد محكات فاعلية الطريقة العلمية والمعلومات او البيانات المتجمعة منها. حيث يمكن قياس ثبات الملاحظات المتوفرة عن الظاهرة ودقتها بواسطة تكرار تلك الملاحظات في مواقف وظروف اخرى مستقلة. لأن العلم يهتم بدراسة النظام الذي تتواتر به الظواهرات او الاحداث. وبالتالي قابليتها للتكرار وفقا للقوانين التي تحكم عملها.

• الكبت Recognition

ميكائيزم دفاعي. يتضح من الاستجابة الهروبية من جوانب او مثيرات غير مرغوبة في موقف احباطي او صراعي. تتمثل في عدم الاعتراف بوجودها او طردها من مجال الوعي والذاكرة.

• مقاومة الاغراء Resistance to temptation

حالة من التعلم الاحكامي. حينما يعزف الفرد عن الاقدام نحو مثير يجذبه او يغويه لأنه يعتبر خاطئاً او لا اخلاقياً.

• السلوك الاستجابي Respondent behavior

السلوك الناشئ نتيجة وجود مثيرات محددة في الموقف السلوكي. وتحدث الاستجابة بمجرد ظهور المثير مباشرة. ويتكون السلوك الاستجابي بذلك من الارتباطات المحددة بين المثيرات والاستجابات التي يطلق عليها الانعكاسات.

• الاستجابة Response

المظاهر السلوكية الصادرة عن الفرد والتي يمكن ملاحظتها وقياسها. وهي تتضمن اي افراز غدي او فعل عضلي. او اي مظهر سلوكي يحدد موضوعياً في سلوك الكائن الحي.

• تكامل الاستجابة Response integration

عملية تعلم وتمييز الاستجابات المتعلقة بعمل او اداء او مثير معين.

• الاستبقاء Retention

عملية خزن واستبقاء الانطباعات في الذاكرة. عن طريق تكوين الارتباطات بينها لتشكل وحدات المعاني.

• الكف الرجعي Retroactive inhibition

نسيان نتيجة تأثير نشاط عقلي جديد على الانطباعات المتعلمة من قبل.

• الثواب Reward

حافز ايجابي يؤدي الى زيادة معدل او استمرار التعلم.

S

- **Sadness حزن**

حالة انفعالية تتصف بمشاعر غير سارة وتعبر عن ذاتها بالتأوه والبكاء وقلّة الميل الى تحريك العضلات الارادية.

- **Salivary glands الغدد اللعابية**

مجموعة من الغدد ذات الاقنية التي تصب اللعاب في الفم. واللعاب يساعد على تطرية الطعام وفي ابتلاعه. وهو يحتوي على نوع من الانزيم المختص بهضم النشويات.

- **Salivary response الاستجابة اللعابية**

افراز اللعاب بواسطة الغدد اللعابية الموجودة في الفم.

- **Sampling تحديد العينة**

اجراء حاسم واداة رئيسية في البحث العلمي. حيث تتحدد طبيعة المفحوصين (العينة) موضوع الدراسة. وتحديد العينة بالتالي يحدد المعلومات التي نجمعها عن ظاهرة معينة.

- **Satyriasis شبق**

دافع جنسي قوي بشكل استثنائي عند الرجال.

- **Saving method طريقة التوفير**

تقدير درجة الاحتفاظ وذلك بحساب التوفير في الوقت او في عدد المحاولات في اعادة التعلم عن طريق مقارنتها بما احتاجه المتعلم في التعلم الاصلي.

- **Scape goating القاء اللوم على الاخرين**

عملية ايجاد شخص او جماعة تكون كبش الفداء Scape goal يلقي عليها اللوم من اجل خطأ حقيقي او خيالي. ايجاد بديل يوجه اليه الانسان هجومه وذلك في مثل حالة الزوج الغاضب من زوجه والذي يهاج اولاده او مستخدميه.

- **Scientific method الطريقة العلمية**

الاسلوب او النهج الذي يلتزم بالمنهج العلمي وبأهداف العلم (التفسير، التنبؤ، الضبط) وبتقنياته وطرائقه الموضوعية.

• جدول التعزيز Schedule of reinforcement

جدول يوضع لتعزير الاشراف الاجرائي.

• الفصام Schizophrenia

مرض عقلي فيه ينفصل المريض عن الواقع. وتبدو في سلوكه هلوسات وهذات.

• النظام الاشاري الثاني Second signal system

مبدأ نفسي - عصبي ينتسب الى بافلوف العالم الفسيولوجي الروسي. يؤكد على دور الكلام واللغة في بناء الوظائف العقلية العليا وفي ادارة وتوجيه النشاط العصبي الذي يصير راقيا بتأثير هذا الدور. لذا يعتبره بافلوف المنظم الارقى للسلوك الانساني. حيث يقوم بوظائف التجريد والاتصال خلافا للنظام الاشاري الاول الذي به يستجيب للكائن الحي (الحيوان والطفل الصغير) للمثيرات على اساس بيولوجي حسي مباشر.

• الحاجات الثانوية Secondary needs

حاجات غير متصلة بالتكوين الفيزيولوجي للانسان من مثل حاجته الى سيارة او حاجة المرأة الى ثوب مناسب للزى السائد.

• التعزيز الثانوي Secondary reinforcement

تعزير بواسطة شيء بالرغم من انه لا يرضي الحاجة بصورة مباشرة. ولكنه ارتبط بارضاء الحاجة لدرجة حل معها محل المعزز الاول.

• التعلم الانتقائي Selective learning

موقف تعلم يخضع فيه نظام مثير - استجابة للثابة. بينما لا يثاب نظام آخر.

• الذات Self

مصطلح يستخدم احيانا بمعنى الشخصية او الانا ويعني غالبا احساس الفرد او وعيه بهويته ووجودها.

• تحقيق الذات Self - actualization

قمة الحاجات الاساسية الانسانية (وفقا لنظرية ماسلو في نظام الحاجات) وهي حاجة الفرد الى توظيف امكانياته وترجمتها الى حقيقة واقعة ترتبط بالتحصيل والانجاز والتعبير عن الذات.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• **توكيد الذات Self – assertion**

حافز للسيطرة والتفوق أو للبروز نسبة للآخرين

• **مفهوم الذات Self – concept**

فكرة الفرد عن نفسه وإدراكه لها.

• **الشعور بالذات Self – conscious**

وعي الذات ولا سيما في العلاقات الاجتماعية حيث من الممكن أن يكون لهذا الوعي آثار مريكة.

• **الاثارة الذاتية Self – excitation**

اثارة عضو ما بفاعليته الخاصة، وذلك في مثل تقلص العضلة الذي يسبب مثيرات تقلص العضلة ثانية.

• **مطابقة الذات Self – fulfillment**

الحاجة التي تدفع الفرد الى جعل امكاناته حقيقة واقعة. ومطابقة هذه الامكانات مع ما تبدو به في الظاهر الخارجي.

• **التنكر للذات Self – repudiation**

عدم موافقة الفرد مع ذاته.

• **انانية Selfishness**

مبالغة الفرد في مراعاة مصالحه الذاتية مع استهتار بمصالح الآخرين.

• **شيخوخة، هرم Senescence**

فترة متأخرة من العمر يبدأ فيها الانحلال العقلي.

• **ذهان الشيخوخة Senile psychosis**

مرض عقلي يتسبب عن تلف في الجهاز العصبي لدى المسنين.

• **الاحساس Sensation**

العملية العقلية – المعرفية الأولية والاستجابة الأولية لعضو الحس. تقوم على استقبال المعلومات من خلال اعضاء الحس. وفيها يتعرف الفرد على الخصائص الفردية للأشياء أو المظاهر أو الاحداث التي تقع في العالم المحيط به. أو كنتيجة للتغيرات الحشوية الداخلية.

● تضاد الاحساسات Sensation contrast

الاحساس باستثارة مخالفة نتيجة لتداخل او تفاعل بعض الاحساسات كأن تحس مثلاً بالشاي مرة بعد تناول تناول قطعة من الحلوى.

● الحواس Senses

وهي الميكانيزمات التي بها تتحول طاقة المثير الى طاقة عصبية وهي حواس الابصار والسمع والشم والذوق والجلد والحركة والاتزان.

● الحساسية Sensitiveness

وهي الدرجة التي تصل اليها قوة الاستثارة حتى تستدعي احساساً معيناً. وهذه الحساسية قد تكون مطلقة. اي القدرة على الاحساس بالمثيرات الضعيفة. وقد تكون الحساسية للاختلاف اي القدرة على الاحساس بالفروق بين المثيرات.

● العاطفة Sentiment

استعداد وجداني مركب وتنظيم مكتسب لبعض الانفعالات نحو موقف او موضوع معين. اي اذا تجمعت عدة انفعالات حول موضوع واحد. ينتج عن ذلك عاطفة معينة.

● الحالة Set

التهيؤ او الاستعداد للاستجابة لمثيرات معينة وبطريقة معينة. وفي تجارب علم النفس كثيراً ما تنشأ الحالة عن طريق التعليمات التي توجه للمفحوصين.

● جنس Sex

تمييز في النوع ذو علاقة بالتوالد يقسم النوع الى جنسين ذكر وانثى.

● جنسي Sexual

نسبة الى جنس.

● جنسية Sexuality

مجموعة من الصفات الجنسية الاصلية والثانوية التي تعتبر وجوهاً كبرى من تكوين الفرد

● طفلية جنسية Sexual information

تأخر في نمو الصفات الجنسية. الاصلية منها والثانوية. بالرغم من البلوغ. وفي التحليل النفسي توقف في النمو الجنسي في فترة الطفولة او نكوص الى مرحلة طفولية.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• الغريزة الجنسية Sexual instinct

مصطلح يستعمل بمعنى فضفاض في النظرية التحليلية ليبدل على كل الاندفاعات الجنسية المضادة لغريزة الانا Ego instinct.

• انقلاب جنسي Sexual inversion

الجنسية المثلية.

• الكمون الجنسي Sexual latency

مصطلح يستعمل في التحليل النفسي للدلالة على الفترة الواقعة بين السنة الخامسة او السادسة حتى سن البلوغ حيث يفترض ان النمو الجنسي يتوقف ويكمن وذلك فيما يخص الدلالات الظاهرة على الاقل.

• الفروق بين الجنسين Sex differences

الفروق التي قد توجد بين الذكور والاناث في القدرات او الميول او الاتجاهات او غير ذلك من مكونات الشخصية.

• ثبات الشكل Shape constancy

النزوع الى ادراك شكل الشيء وكأنه ثابت لا يتغير بالرغم من ان الصورة التي تنعكس على العين تتغير بتغير المسافة وزاوية الرؤية.

• تشكيل Shaping

تغيير استجابات العضوية. كما هو الحال في التقريبات المتتالية حيث يعزز كل تقرب من استجابة مرغوب فيها.

• الذاكرة قصيرة المدى Short – term memory

المدى الذي فيه تظل المواد المقدمة ميسورة لفترات قصيرة من الوقت الذي يجري فيه تضاؤل نشاط التذكر او ضبطه.

• التماثل Similarity

مبدأ من مبادئ التنظيم الادراكي يؤكد على ميل الانسان الى ادراك الاجزاء المتماثلة او المتشابهة على انها تشكل مجموعة.

- **Skew ness (skewed curve) (منحنى ملتو) الالتواء**

مضلع تكراري يكون غير متناسق او منحرفا او متباعدة عن المركز لما يقارن بالمنحنى الاعتيادي.

- **Skill المهارة**

عادات مفيدة تدرب عليها الفرد الى درجة الاتقان والتمكن. كالكتابة على الالة الكاتبة مثلا.

- **Skin senses الجلدية الاحساسات**

وهي الاحساسات باللمس وبالببرودة وبالحرارة وبالألم عن طريق الجلد او الغشاء المخاطي للضم والانف.

- **Smell شم**

احدى الحواس المعروفة.

- **Smell brain الدماغ الشمي**

جزء من الدماغ يكون مركزا لحاسة الشم. وهو في بعض الحيوانات ضخم بالنسبة لبقية الاجزاء.

- **Social behavior السلوك الاجتماعي**

السلوك الذي يتأثر بسلوك الاخرين او يؤثر فيه. السلوك الذي يشتمل على تواصل بين الافراد او الجماعات.

- **Social class الطبقة الاجتماعية**

تجميع الناس على مقياس يحدد مكانة الفرد وفقا للدخل والحالة الاسرية والمهنة والسكن والتعليم وغير ذلك.

- **Social climates الاجواء الاجتماعية**

نوع العلاقات بين افراد جماعة من الجماعات ودرجة تماسكها ومستوى الروح المعنوية وخصائص السلوك المميزة لافرادها. (تجارب، ليبيت وهوايت، عن الاجواء الاجتماعية الديمقراطية، أذوقراطية، الفوضوية).

- **Social conditioning الاشرط الاجتماعي**

التعلم من المحيط الاجتماعي.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

- **المحيط الاجتماعي Social environment**

المحيط المشتغل على تأثيرات صادرة عن الآخرين. وليس من الضروري ان يكون هؤلاء الآخرين موجودين بأشخاصهم فقد يؤثرون بكتاباتهم وأقوالهم وسواها

- **الذكاء الاجتماعي Social intelligence**

القدرة على التفاعل السليم مع الآخرين والحظوة بمكانة طيبة مؤثرة وسطهم.

- **التفاعل الاجتماعي Social interaction**

تبادل الفعل بين الأفراد أو الجماعات.

- **النضج الاجتماعي Social maturity**

درجة التحرر من الحاجة إلى رقابة الوالدين أو سواهما من الراشدين الآخرين.

- **الحوافز الاجتماعية Social motives**

الحوافز التي تعود بأصلها إلى ما يتعلمه الإنسان من الآخرين.

- **الحاجات الاجتماعية Social needs**

الحاجات التي تتطلب وجود أشخاص آخرين لأجل إشباعها.

- **علم النفس الاجتماعي Social psychology**

فرع من علم النفس يبحث في سلوك الفرد من حيث تأثيره في سلوك الآخرين وتأثيره به ومشاعره الناجمة عن ذلك.

- **التطبيع الاجتماعي Socialization**

سلوك متعلم يكون متفقاً مع النماذج السلوكية التي تشيع في أسرة الطفل وثقافته.

- **مجتمع Society**

- (1) جماعة من الأفراد من أي نوع كان تعيش متواصلة وتتعاون في فاعلياتها المختلفة.
- (2) جماعة من الناس تتبادل التأثير السلوكي ويجمع بينها غرض مشترك أو اهتمام مشترك.

- **علم الاجتماع Sociology**

فرع من العلوم يبحث في ظواهر العلاقات الاجتماعية وتاريخ التنظيم الاجتماعي ومبادئه وقوانينه.

• **Sodomy** لواط

اتصال جنسي بين الذكور عن طريق الشرج.

• **Sound waves** الموجات الصوتية

اهتزازات هوائية اذا ما أثرت على الجوابذ الصوتية اعطت الانغام والاصوات.

• **Spaced learning** التعلم الموزع على فترات

تعلم او تدريب يتم على فترات منظمة وليس في فترة واحدة.

• **Space perception** ادراك الحيز

ادراك مظاهر الحجم والبعد والعمق في المحيط او الاستجابة لها.

• **Specific ability** قدرة خاصة

قدرة متميزة عن القدرات الاخرى. في رأي سبيرمان يوجد في الذكاء قدرة عامة (ع) وقدرات خاصة (خ) تتوافق مع (ع) وتتوافق فيما بينها بمقدار جذاء توافق كل منها مع (ع)

• **Sperm** نطفة

خلية جنسية ذكرية موجودة في المنى.

• **Spinal cord** الحبل الشوكي

جزء من الجملة العصبية المركزية يكون داخل العمود الفقري ويتصل بالبصلة السيسائية.

• **Spinal nerve** العصب الشوكي

يوجد واحد وثلاثون زوجا من الاعصاب الشوكية وهي اعصاب محيطية (حسية أو حركية) تتفرع من الحبل الشوكي.

• **Spontaneous recovery** الاسترجاع التلقائي

عودة الاستجابة الشرطية مرة اخرى بعد فترة راحة بدون تقديم التعزيز.

• **Stability** ثبات، استقرار

عدم الحركة او عدم التغير. وفي علم النفس نوع من الطبع او انموذج من الشخصية يتصف بعدم التغير تغيرا غير عادي في الحالات الانفعالية.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

● **فأفة، تلعثم Stammering**

مجموعة من الترددات غير النظامية والاعادة المتكررة في الكلام وهي مرادفة للتأتاة Shuttering.

● **الانحراف المعياري Standard deviation**

أهم مقاييس التشتت. يقوم في جوهره على حساب انحرافات الدرجات عن متوسطها.

● **الخطأ المعياري Standard error**

دلالة احصائية لاحتمال كون فرق بين المتوسطين الحسابيين لعينتين فرقا حقيقيا اي اكبر من صفر.

● **التقنين Standardization**

العملية التي من شأنها ان تجعل الافراد المختلفين يحصلون على نتائج متماثلة باستخدامهم للاختبار او لأية أداة قياسية.

● **الاحساس بالتوازن Static sense**

احساس خاص بالمحافظة على التوازن. وذلك عن طريق اثارة الجوابذ غير السمعية في الاذن الداخلية.

● **علم الاحصاء Statistics**

عمليات حسابية لتحليل مجموعات من القياسات وتفسيرها.

● **السلوك النمطي Stereotyped behavior**

سلوك يتبع نمطا واحدا حين يتبدى.

● **اثارة Stimulation**

اي تغيير ملحوظ في استقلاب نسيج حي او في وظائفه الأخرى والذي ينتج عن عمل مثير خارجي او داخلي.

● **المثير Stimulus**

قد يعرف المثير من الناحية الشكلية بأنه أي تغير في نشاط الكائن الحي يطرأ على المستقبل الحسي المرتبط بهذا المثير. وقد يعرف من الناحية الوظيفية بأنه أي حدث او موضوع يعمل لحدوث السلوك.

• **Stimulus generalization** تعميم المثير

حين تشرط استجابة بالنسبة لمثير ما فان هذه الاستجابة تستجد بمثيرات مشابهة.

• **Stress** ضغط

توتر او صراع. حالة من التوتر النفسي الشديد.

• **Structural disorders** اضطرابات بنيوية

اضطرابات لها اساس عضوي كتخريب النسيج العصبية او خلل في عمل الغدد الصم.

• **Structural psychology** علم النفس البنائي

مدرسة في علم النفس تركز انتباهها على تنظيم الحالات والعمليات النفسية وتكوينها.

• **Stuttering** ثأأة

اضطراب في ايقاع الكلام. وتتجلى اما في احتباس الكلام او تكرار بعض الاصوات

• **Subconscious** تحت الشعور

يقصد بهذا المصطلح بصورة عامة ما تحت مستوى الشعور. ويستعمل الفرويديون هذا المصطلح للدلالة على منطقة افتراضية تكون مستودعا للخبرات المكبوتة وسواها مما يؤثر على السلوك بأشكال هامة مختلفة ولكنه قلما يصبح شعوريا.

• **Subject** المفحوص

الفرد الذي يخضع للفحص والاختبار في بحث علمي.

• **Subjective method** الطريقة الذاتية

تقوم على الاستبطان او الحس الداخلي في تناول الظواهرات او الاحداث ومحاولة تفسيرها بالنظر والتأمل الذاتيين او بالخبرة الشخصية.

• **Sublimation** الاءلاء

ميكانزم دفاعي فيه يستدل الفرد نزعات او انماط سلوكية غير مرغوبة بأشكال اخرى تلقى استحسانا اجتماعيا.

• **Suggestibility** قابلية، اءءاء

تقبل دائم، الى حد كبير او صغير للأءاء.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• جمع، تجميع Summation

اضافة مؤثرات مختلفة او عمليات متعددة بعضها الى بعض لاحداث اثر اكبر من الاثر الذي تحدثه كل واحدة بمفردها.

• الانا الاملى Super ego

نظام فرعي من الجهاز العقلي او بناء الشخصية عند فرويد. يقوم على تكوين نوع من الضبط او التحكم الذاتي الذي يبنى على نظام من القيم تابع داخليا. هذا النظام يعمل كنوع من الضمير الذي ينتقد افكار وتصرفات الانا. ويسبب شعورا بالذنب والقلق.

• العمليات الرمزية Symbolic processes

العمليات التي تمثل الخبرة الماضية او تعوضها.

• الجملة العصبية الودية Sympathetic nervous system

جزء من الجملة العصبية المستقلة يلعب دورا اساسيا في الانفعالات وتكون وظائفه مضادة للجملة العصبية نظيرة الودية.

• ابدال الاعراض Symptom substitution

ظهور اعراض جديدة لتحل محل اعراض قد اختفت او ازيلت.

• التركيب Synthesis

عملية عقلية (عكس عملية التحليل) بها يتم اعادة توحيد الظاهرة المركبة من عناصرها التي حددناها في عملية التحليل. والحصول على مفهوم كل من الظاهرة من حيث انها تتألف من اجزاء مترابطة.

• التنظيم Systematization

عملية عقلية معرفية ارقى من التصنيف. بها يتم ترتيب او تنسيق فئات الاشياء او الظواهرات في نظام معين وفقا لما يوجد بين هذه الفئات من علاقات متبادلة.

T

• موهبة Talent

استعداد طبيعي يجعل من صاحبه شخصا متفوقا في بعض الميادين مثل الموسيقى والدبلوماسية وسواهما اذا ما اتيح له التدريب الكافي.

الملحق

• ذوق Taste

حاسة معروفة تتأثر بالمواد الكيماوية وجوابه موجودة على اللسان.

• براعم الذوق Taste buds

جوابه ثلاثرة اللمسية موجودة على سطح اللسان.

• التخاطر Telepathy

مظهر من مظاهر الادراك فوق الحسي. يعنى اتفاق الخواطر اي انتقال الفكرة من عقل لآخر.

• المزاج Temperament

المستوى الانفعالي المميز للفرد. والحالة الانفعالية التي يتسم بها سلوكه وتعبيره في معظم المواقف.

• الاحساس بالحرارة Temperature senses

الاحساس بالحرارة والبرودة.

• الفصوص الصدغية Temporal lobes

نظام من المراكز والتجمعات العصبية بالمخ الامامي. يختص باستقبال الاشارات السمعية الواردة من الاذنين.

• ميل Tendency

اتجاه واضح لتقدم الحركة او الفكر باتجاه هدف. نزعة فطرية او مكتسبة.

• وتر Tendon

حبل ليفي يصل بين العضلة واحدى العظام او سواها.

• توتر Tension

شعور بالانقباض. شعور عام باضطراب التوازن واستعداد لتغيير السلوك لمواجهة عامل مهدد في المواقف.

• العتبة العليا Terminal threshold

الحد الاعلى للاحساس الذي تكون زيادة الشدة بعده غير مؤثرة.

• الاختبار Test

موقف تجريبي محدد. يهيء الظروف لأحداث مثيرات معينة للسلوك ولقياس هذا السلوك بمقارنته الاحصائية بسلوك الافراد الاخرين الذين يخضعون لنفس الموقف. ويهدف الى تصنيف الافراد رقميا او وصفيا.

• التستوسترون (الهرمون الذكري) Testosterone

ما تفرزه خصيتا الذكر من هرمونات. وهو هام لنمو العضوية الذكرية واثارتها.

• ثلاموس، السرير البصري Thalamus

بناء واقع بين جذع الدماغ والمخ ويقوم بعمل لوحة تصل بين الاثارات الحسية ومناطقها المقابلة على القشرة الدماغية. وهو يتوسط في الاحساسات الاولى والتكيفات البدائية ويعتبر عادة الجزء الاعلى من جذع الدماغ.

• فن العلاج/ العلاج النفسي Therapy

فرع من فروع العلوم الطبية او الطبية النفسية يستهدف علاج الامراض او الوقاية منها.

• التفكير Thinking

عملية عقلية معرفية تعكس العلاقات والروابط بين الظاهرات او الاشياء او الاحداث في وعي الانسان. وهو السلوك الداخلي الذي يتضمن رموزا للافكار والموضوعات. وهو نسق الافكار الذي تستثيره مشكلة من المشكلات.

• عطش Thirst

الخبرة او الحالة الناجمة عن نقص السوائل في الجسم.

• فكرة Thought

نوع من الخبرة العقلية ذات طبيعة رمزية.

• عتبة Threshold

المعنى العام لهذا المصطلح هو النقطة التي تحدث عندها الخبرة (او الاستجابة) وتسمى العتبة المطلقة اذا كانت في حدها الادنى والعتبة العليا اذا كانت في حدها الاعلى.

• الملحق

• اماقة Thwarting

وضع حواجز في طريق فرد بحيث يعجز عن ارضاء دوافعه او حوافزه او بحيث يجد صعوبة في ارضائها.

• الغدة الزعترية Thymus

غدة ذات افراز داخلي (صماء) موجودة في اسفل العنق ويبلغ حجمها اشد في وقت البلوغ ثم تأخذ بالضمور. ويكتنف الغموض وظيفتها الحقيقية.

• الغدة الدرقية Thyroid gland

غدة صماء موجودة امام الحنجرة تفرز هرمونا اسمه الثيروكسين وهو هام جدا في العمليات الاستقلالية. وقصورها في الطفولة الباكرة يسبب مرض القماءة. اما تزايد نشاطها فيسبب ارتفاع الضغط الدموي والتهيج العصبي والاضطراب النفسي.

• الثيروكسين، هرمون الغدة الدرقية Thyroxin

ما تفرزه الغدة الدرقية من هرمونات.

• زمن الرجوع Time reaction

الوقت الذي ينقضي بين حدوث المثير وصدور الاستجابة. ويقاس غالبا في التجارب العملية.

• مكافآت رمزية Token rewards

معززات ثانوية كالدراهم التي يمكن استعمالها في الحصول على المعززات الاولى.

• اثر Trace

مصطلح يستعمل للدلالة على تغير الحال الفيزيولوجي للجملة العصبية وهو ناتج عن الخبرة ويعتبر اساسا جسديا للتذكر والتعلم بالرغم من ان طبيعته المحدودة غير معلومة.

• تقليدي Traditional

• تدريب Training

يشمل هذا المصطلح على ملاحظة الآخرين الماهرين بعمل او اتباع التعليمات التي تعطى للمتعلم. والتدريب هو حمل المتعلم على القيام بسلسلة من الفاعليات يقصد منها تعويد عادة او الحصول على كفاءة او اتخاذ موقف وذلك عند الانسان او الحيوان.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

• **Trait السمة**

خاصية ثابتة - الى حد ما - للشخصية يمتلكها الشخص بدرجة اكثر او اقل

• **Trial – and error المحاولة والخطأ**

طريقة للتعلم يحاول فيها الفرد الاتيان بالاستجابات المختلفة. وقد يستبعد بعضها. حتى يصل الى الحل.

• **Transfer of training انتقال اثر التدريب**

تأثير تعلم أداء او عمل على تعلم أداء او عمل آخر.

• **Transference تحويل**

التحويل في التحليل النفسي هو تكوين موقف انفعالي عند المريض تجاه المحلل، وهذا الموقف قد يكون ايجابيا او سلبيا. وهو في كل حال محول من احد الابوين الى المحلل الذي يصبح بديلا عن الوالد.

• **Transparency شفافية / وضوح**

• **Trial محاولة**

الركض مرة واحدة في المتاهة. قراءة ما يراد حفظه مرة واحدة. فترة تدريب واحدة.

• **Trial – and – error المحاولة والخطأ**

مصطلح وضعه ثورنडाايك للدلالة على الفاعلية التي تبدو عشوائية والتي تسبق الحصول على التكيف الجديد او حل المسائل. ولكنها في الحقيقة فاعلية تشتمل على تثبيت ردود الفعل المناسبة واسقاط غير المناسبة.

• **Trust ثقة**

• **Tympanic canal القناة الغشائية**

قناة موجودة في قوقعة الاذن.

• **Tympanic membrane غشاء الاذن**

طبلة الاذن.

U

• استجابة غير شرطية Unconditioned response

الاستجابة الاصلية او الفطرية مثل اللعاب الذي يستثيره وجود الطعام في الفم.

• المثير غير الشرطي Unconditioned stimulus

اي مثير قوي يعمل على اظهار استجابة غير متعلمة بشكل منتظم نسبيا ويمكن قياسها. مثل مسحوق الطعام في تجارب بافلوف.

• الدوافع اللاشعورية Unconscious motives

الدوافع التي تعمل بدون وعي الفرد

• فهم Understanding

ادراك معنى الظاهرات او الكلمات او الجمل. وهو مصطلح عام يستعمل دون تدقيق.

• استجابة غير متعلمة Unlearned response

استجابة فطرية غير مكتسبة وموروثة وتتوقف على النضج من اجل ظهورها.

• غير اجتماعي Unsocial

صفة الفرد الذي لا يتناغم مع النظام الاجتماعي السائد او العمل الذي لا يتناسب مع الافكار الاجتماعية السائدة او الانسان الذي لا يميل الى صحبة الناس الاخرين.

• الحاح Urge

نزعة قوية للقيام بعمل ما. دافع داخلي قوي.

• لا شعور Urn welt unconsciousness

• منهج المنفعة Utilitarianism

V

• العصب المبهم Vegas nerve

العصب القحفي العاشر وهو جزء هام من الجملة العصبية نظيرة الودية وهو على اتصال بمعظم الاحشاء.

• الصدق Validity

ويعني الى اي حد يقيس الاختبار ما وضع لقياسه.

• **القيم Values**

نماذج سلوكية معينة او اساليب حياتية معينة تعتبر اكثر مرغوبة من غيرها.

• **متغير Variable**

أي استجابة او سلوك يمكن ان تأخذ درجات مختلفة.

• **تباين Variance**

مربع الانحراف المعياري.

• **اختلاف، تراوح Variation**

(1) مصطلح يدل على الفرق بين العضويات سواء اكان مسببا عن المحيط او عن الوراثة. (2) تغير الشيء باتجاه معين.

• **لفظي Verbal**

نسبة الى لفظ، خاص باللغة اللفظية.

• **الذكاء اللفظي Verbal intelligence**

القدرة على استخدام الكلمات والاتصال اللفظي بفاعلية.

• **تحقق، تثبت Verification**

مرحلة من مراحل التفكير المبدع. وهي تجربة الاختراع للتأكد من صحته.

• **القناة الدهليزية Vestibular canal**

قناة صاعدة موجودة في قوقعة الأذن.

• **التعليم الانتقالي Vicarious learning**

يتضمن تعلم المبادئ الاخلاقية خاصة. حيث تنتقل بالمحاكاة من الوالدين وال كبار.

• **حاسة الابصار Vision**

الاحساسات التي تستدعيها العين كعضو البصر.

• **المجال البصري Visual field**

المثير البصري الكلي الذي يؤثر في العين في وقت معين.

• الحبال الصوتية Vocal cords

حبال موجودة في الحلق تسبب اهتزازتها صدور الاصوات.

• مهنة Vocation

• التوجيه المهني Vocational guidance

اعلام الفرد نظرا الى ذكائه وقدراته واهتماماته ونظرا لفرص العمل الميسرة بالمهنة التي يمكن ان ينجح فيها.

• الاختيار المهني Vocational selection

انتقاء الافراد الاكثر صلاحية للقيام بمهنة ما وذلك بالنظر الى متطلبات المهنة وكفاءات المتقدمين لها.

• صوت Voice

الضجة التي تحدثها الاعضاء الصوتية.

• ارادي Voluntary

يعمل بتصميم، في حين اللا ارادي Involuntary لا يقدر الانسان على ضبطه وتوجيهه.

W

• المادة البيضاء White matter

توجد في المناطق الخارجية من الحبل الشوكي وفي مناطق الجملة العصبية المركزية التي تبدو بيضاء بسبب من القشرة الدهنية البيضاء التي تغلفها.

• التعلم بالكل Whole learning

تعلم مهارة لفظية او حركية بشكلها الكلي (من بدايتها الى نهايتها) بدلا من تعلمها جزءا جزءا.

• قوة الارادة Willpower

المثابرة على القيام بعمل ما برغم العوائق والمصاعب التي تعترض القائم بالعمل. وكذلك القدرة على الاختيار الصعب. وهو مصطلح عام وغير دقيق سيكولوجيا.

• حب السيطرة Will to power

الميل الى التفوق، حافز على توكيد الذات.

التعريف بمصطلحات التوجيه، الإرشاد، والعلاج النفسي

X

• صبغي س X – Chromosome

واحد من الصبغيات الجنسية. ويملك الذكر واحدا منه فقط في حين تملك الانثى اثنين.

Y

• صبغي ع Y – Chromosome

واحد من الصبغيات الجنسية يملكه الذكر فقط.

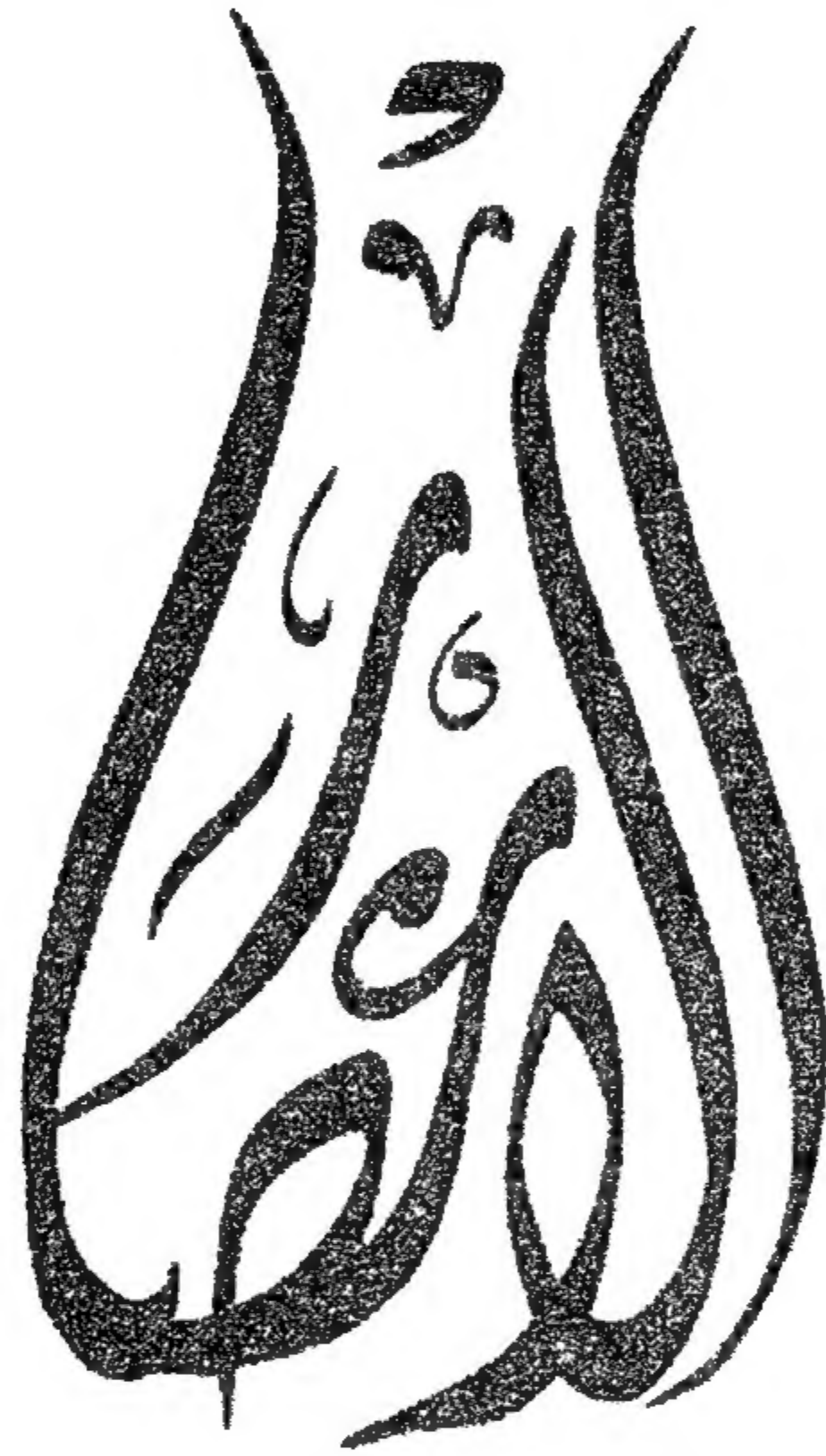
Z

• لاقحة (اوزيجوت) Zygote

خلية تتولد من اتحاد خليتين جرثوميتين. نتيجة اخصاب البويضة الانثوية من الحيوان المنوي الذكري. بهذه الخلية يبدأ الفرد وجوده الحياتي.



للنشر والتوزيع



للنشر والتوزيع

الإرشاد النفسي عبر مراحل العمر

COUNSELING IN STAGES OF LIFE



Bibliotheca Alexandrina



1241856



9 789957 586003

دار الأعصار العلمي
للنشر والتوزيع

الأردن - عمان - وسط البلد - ش الملك حسين - مجمع الفحير التجاري
هاتف : +96264646208 فاكس : +96264646470

الأردن - عمان - مرج الحمام - شارع الكنيسة - مقابل كلية القدس
هاتف : +96265713906 فاكس : +96265713907
جوال : 00962-797896091

info@al-esar.com - www.al-esar.com

دار الأعصار العلمي

